

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Současná skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému
kojení v porodnici a v terénu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Lucie Krezlová, Dis.

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Troupová

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Mateřské mléko je jedním z nejcennějších darů, kterým může matka své dítě obdařit. Proto je nejlepší volbou matky, své dítě kojit. Je ovšem velmi důležité, aby byly matky řádně poučeny a věděly o všech výhodách a správné technice kojení. Takto ucelené informace mohou dostat pouze při úzkostlivém dodržování metodických doporučení v péči o matky, v období od prenatálního až po postnatální. Porodní asistentka v této oblasti hraje významnou roli, neboť je s matkami ve velmi blízkém kontaktu. Věnuje se potřebám matky a dítěte, péči realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Práce je zaměřena na metodická doporučení, která by měla vést k podpoře kojení donošených novorozenců.

Prvním cílem práce bylo zmapovat, zda je v nemocnici realizováno 10 kroků k úspěšnému kojení. Druhým cílem bylo zjistit, zda je matkám po porodu umožněno přiložit dítě k prsu do hodiny po porodu. Třetím cílem bylo zmapovat, zda je v terénu realizováno 10 kroků k úspěšnému kojení. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jakým způsobem je v terénu zajištěna edukace matek, týkající se realizace 10 kroků k úspěšnému kojení.

Byly stanoveny hypotézy, které zněly takto: H1 – Skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici odpovídá metodickému doporučení dle WHO/UNICEF. H2 – Matkám je umožněno přiložit své dítě k prsu do hodiny po porodu. Obě hypotézy byly výzkumem potvrzeny. Dále byly položeny výzkumné otázky, které zněly takto: VO1 – Odpovídá skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu metodickému doporučení dle WHO/UNICEF? VO2 – Jaký je názor matek na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu? Obě dvě výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Kvantitativní výzkumná část práce byla zpracována formou dotazníkového šetření zaměřeného na matky po porodu, po dobu jejich pobytu na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Pro kvalitativní výzkumnou část práce byly zvoleny strukturované rozhovory, vedené v terénu s matkami, které byly šest měsíců po porodu.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že v nemocnici i v terénu je 10 kroků k úspěšnému kojení skutečně realizováno. Matkám je po porodu umožněno přiložení dítěte k prsu do

hodiny po porodu. Pokud nedošlo do jedné hodiny po porodu k přiložení dítěte k prsu, dostaly matky adekvátní informace, jakým způsobem stimulovat a udržet laktaci. V terénu respondentky uváděly, že byly edukovány sestrou a pediatrem. Všechny dotazované respondentky v terénu se shodují v názoru, že realizace 10 kroků k úspěšnému kojení, je na dobré úrovni.

Výsledky výzkumného šetření mohou být přínosem a motivací pro práci ošetrovatelského personálu na oddělení šestinedělí a roomingu. Výsledky tak mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o kojící matky a novorozence. V terénu mohou být výsledky výzkumu použity pro zkvalitnění edukace matek o kojení, jak v těhotenských poradnách, tak i v předporodních kurzech.

Výsledky práce by mohly sloužit k vypracování jednoduchého a uceleného manuálu, letáku či internetové stránky pro matky, které budou mít k dispozici u svého ošetřujícího gynekologa, v porodnici na ambulanci, na oddělení šestinedělí, nebo ve chvíli kdy budou již v domácí péči a budou mít přístup k internetu.

Klíčová slova: kojení, mateřské mléko, novorozenec, matka, potřeby, porodní asistentka

Abstract

Breast milk is one of the most precious gift that can mother give to her child. Therefore the mother's best choice is to breast-feed her child. It is very important to properly instruct the mothers to understand all advantages of breast-feeding and it's correct technique. Such a comprehensive information can be communicated only through precise methodical guidance during prenatal and postnatal period. The birth assistant represents significantly this field of activity for his/her imminent contact with mothers. He/she takes care of mother's and child's needs and realizes this care via nursing process. The thesis is focused on methodical recommendations which should support breast-feeding of carried to term newborns.

First target of this thesis was to ascertain if the 10 steps to successful breast-feeding are implemented in the hospitals. Second target was to find out if the mothers are enabled to breast-feed their children for the first time within an hour from delivery. Third target was to find out if the 10 steps for successful breast-feeding are also implemented in field. Fourth target was to find out how is the field education of mothers, concerning the 10 steps to successful breast-feeding, provided.

There were following hypothesis determined: H1 - Genuine implementation of 10 steps for successful breast-feeding in hospitals corresponds with methodical recommendation as per WHO/UNICEF. H2 - Mothers are enabled to breast-feed their children for the first time within an hour from delivery. Both theories have been confirmed through research. There were also asked following research questions: VO1 - Does the genuine implementation of 10 steps to successful breast-feeding in field correspond with methodical recommendations as per WHO/UNICEF? VO2 - What is the mother's opinion of implementation of 10 steps to successful breast-feeding in field?

The quantitative research part was processed via questionnaires focused on mothers after delivery during they stay at Gynaecological-Obstetrical clinic of College hospital in Pilsen.

For qualitative research part of the thesis was chosen a structured field conversation with mothers who were 6 months after delivery.

The results of the research show that the 10 steps to successful breast-feeding is implemented indeed both in hospital and field. Mothers are allowed to breast-feed their children within an hour from delivery. If the first breast-feeding hadn't been performed until one hour from delivery, mothers have been adequately informed how to stimulate and maintain lactation. Respondents in field declared that they were educated by nurse and pediatrician. All respondents in field coincident with opinion that implementation of 10 steps to successful breast-feeding is on high level.

Results of research may be a benefit and motivation for work of nursing personnel of puerperium ward and rooming. Results may contribute to increase the quality of nursing care of breast-feeding mothers and newborns. In field can be results of the research used to increase the quality of mothers's training in breast-feeding both in pregnancy counsellings and prenatal courses. On the basis of this thesis results will be composed simple comprehensive manual, leaflet or web page which can be at mother's disposal by their attending gynaecologist, outpatient's department of maternity hospital, puerperium ward or at home via internet.

Key words: breast-feeding, breast milk, newborn child, mother, needs, birth assistant.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitce Troupové, za ochotu, vstřícnost a cenné rady, při zpracování bakalářské práce. Za podporu také velmi děkuji svému kolektivu porodních asistentek na porodním sále. A především děkuji za psychickou podporu mé rodině.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 11 |
| 1. SOUČASNÝ STAV | 13 |
| 1.1 Aktivity zaměřující se na podporu kojení ve světě..... | 13 |
| 1.1.1 Národní program UNICEF..... | 13 |
| 1.1.2 Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka | 13 |
| 1.1.3 Ostatní aktivity zaměřující se na podporu kojení ve světě..... | 14 |
| 1.2 Aktivity zaměřující se na podporu kojení v ČR | 14 |
| 1.2.1 Úmluva o právech dítěte | 15 |
| 1.2.2 Laktační liga..... | 15 |
| 1.2.3 Ostatní aktivity zaměřující se na podporu kojení v ČR | 15 |
| 1.3 Podpora kojení jako multidisciplinární obor | 16 |
| 1.3.1 Metodická doporučení pro prenatální péči a edukace ošetrovatelským personálem .. | 16 |
| 1.3.2 Metodická doporučení pro porodnici a edukace ošetrovatelským personálem | 17 |
| 1.3.3 Metodická doporučení pro péči v terénu a edukace ošetrovatelským personálem..... | 18 |
| 1.3.4 Laktační poradenství..... | 19 |
| 1.3.5 10 kroků k úspěšnému kojení..... | 19 |
| 1.3.6 Profese porodní asistentky a její role v poskytování ošetrovatelské péče..... | 20 |
| 1.4 Anatomie prsu, Fyziologie laktace | 22 |
| 1.4.1 Prs, mléčná žláza | 22 |
| 1.4.2 Tvorba mateřského mléka | 23 |
| 1.4.3 Složení mateřského mléka | 24 |
| 1.4.4 Základní reflexy dítěte..... | 25 |
| 1.5 Potřeby dítěte a matky v časném poporodním období..... | 26 |
| 1.5.1 Potřeby kojící matky..... | 26 |
| 1.5.2 Potřeby dítěte | 27 |
| 1.5.3 Bonding a systém rooming-in | 28 |
| 1.5.4 První přiložení k prsu..... | 29 |
| 1.5.5 Význam a výhody kojení | 29 |
| 1.5.6 Faktory negativně ovlivňující kojení | 30 |
| 1.5.7 Kojení ve zvláštních situacích..... | 33 |
| 1.5.8 Kontraindikace kojení..... | 34 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.6 | Technika kojení | 35 |
| 1.7 | Odstříkávání mateřského mléka | 36 |
| 1.8 | Uchovávání mateřského mléka | 37 |
| 2. | CÍLE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 38 |
| 2.1 | Cíle práce | 38 |
| 2.2 | Předpokládané hypotézy | 38 |
| 2.3 | Výzkumné otázky | 38 |
| 3. | METODIKA..... | 39 |
| 3.1 | Použitá metoda | 39 |
| 3.2 | Charakteristika výzkumného souboru | 39 |
| 4. | VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 40 |
| 4.1 | Výsledky kvantitativního šetření | 40 |
| 4.2 | Výsledky kvalitativního šetření..... | 58 |
| 5. | DISKUZE | 64 |
| 6. | ZÁVĚR | 79 |
| 7. | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 81 |
| 8. | PŘÍLOHY | 85 |

Seznam použitých zkratk

BFHI – Baby Friendly Hospital Initiative (volně přeloženo nemocnice přátelsky nakloněná dětem)

UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů

WHO – World health Organisation (SZO - Světová zdravotnická organizace)

IFBAN – International Baby Food Action Network

WABA – Světová aliance na podporu kojení

NARLAC – Národní laktační centrum

ANIMA – Pražská skupina IFBAN

GIT – gastrointestinální trakt

MM – mateřské mléko

ÚFN – úsek fyziologických novorozenců

Úvod

Po narození má každé dítě právo na výživu mateřským mlékem, jako na jedinou stravu odpovídající jeho věku a potřebám. (6)

Této problematice se věnují především humanitární organizace UNICEF a WHO. Jejich programem je podpora, ochrana a prosazování kojení do 6. měsíce věku dítěte. WHO doporučuje výlučné kojení do 6 měsíců a pokračování v kojení s postupně zaváděným příkrmem po ukončeném 6. měsíci, až do dvou let věku dítěte i déle. V České republice má neopomenutelnou roli v podpoře kojení Laktační liga. Přípravuje nemocnice k získání titulu Baby Friendly Hospital a dohlíží na dodržování 10 kroků k úspěšnému kojení dle WHO / UNICEF. (1, 7)

Všichni zdravotníci, porodní asistentky, dětské sestry, laktační poradkyně i lékaři by měli mít snahu toto právo dítěte podporovat a matce kojení usnadnit. Především porodní asistentky, díky předporodním kurzům, mohou matku na budoucí kojení efektivně připravit podáním informací o výhodách a technice kojení. Neboť trpělivost, názorná ukázka a rada odborníka, je to nejdůležitější co budou matky během kojení potřebovat. Porodní asistentka či laktační poradkyně by měly být odborníky ve svém oboru, aktivně se o tuto problematiku zajímat a zároveň by měly být pravidelně školeny v technice kojení, tak aby dokázaly možné problémy při kojení úspěšně vyřešit.

Ošetrovatelství realizuje uspokojování potřeb jak matky, tak i dítěte. Individuální ošetrovatelský proces a dodržování jeho zásad, vede k rychlé poporodní adaptaci matky i dítěte. Úkolem porodní asistentky a dětské sestry je umožnit matce po porodu co nejčasnější kontakt se svým dítětem, nejlépe kůži na kůži. Spolu se včasným přiložením k prsu napomůžou k navázání tak důležité citové vazby a sociálního kontaktu. Stejně tak jako péče v porodnici, musí být zajištěna důsledná edukace i v terénu. Matky musí vědět, na koho se v případě problémů při kojení mohou obrátit.

Toto téma jsem si zvolila z několika důvodů. Zaprvé, pracuji jako porodní asistentka a již několik let vedu předporodní kurzy, ve kterých se také mimo jiné věnuji kojení. Zadruhé, ve svém okolí mám mnoho přítelkyň, které během kojení svých dětí řešily určité problémy a ne vždy si s daným problémem věděly rady. Zatřetí, mne velmi zajímalo, jak se kojení věnuje porodnice, ve které pracuji. Tyto tři důvody mě přiměly

k tomu, abych se nad tímto problémem zamyslela a pokusila se zjistit, zda je skutečně realizováno 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici i v terénu, zda je matkám umožněno přiložit dítě k prsu do hodiny po porodu a jak je v terénu zajištěna edukace matek, týkající se realizace 10 kroků k úspěšnému kojení

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Aktivity vedoucí k podpoře kojení ve světě

1.1.1 Národní program UNICEF

Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF) je hlavní světovou humanitární organizací, která se zabývá ochranou a zlepšováním životních podmínek dětí a podporou jejich všestranného rozvoje. Celosvětovým programem UNICEF a Světové zdravotnické organizace (WHO) je podpora, ochrana a prosazování kojení do 6. měsíce věku dítěte. V r. 1990 byla vypracovaná Deklarace na ochranu, prosazování a podporu kojení, která požaduje vytvoření prostředí, jež umožní matce výlučně kojit své dítě alespoň 4 – 6 měsíců po porodu (v r. 1996 prodlouženo doporučení výlučného kojení na dobu 6 měsíců) a dále pokračovat v kojení s doplňkovou výživou do 2 let věku dítěte, případně déle. Na tomto programu spolupracuje UNICEF kromě WHO také s dalšími mezinárodními organizacemi např. s International Baby Food Action Network (IFBAN) a Světovou aliancí na podporu kojení (WABA). Součástí tohoto programu pro období od narození do jeho propuštění z porodnice je celosvětová iniciativa vyhlášená v r. 1991: Baby – Friendly Hospital Initiative (BFHI). (1, 2)

1.1.2 Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka

Pod vedením WHO byl odborníky pro kojeneckou výživu vypracován kodex jako mezinárodní pokus o ochranu matek před komerčními vlivy a propagací náhrad mateřského mléka, lahví a saviček. (3)

Doporučení pro vlády členských zemí: zákaz reklamy vymezených výrobků; zákaz poskytovat volné vzorky matkám a dárky či jiné výhody zdravotníkům; zákaz propagace výrobků ve zdravotnických zařízeních, včetně dodávek se slevou; zákaz kontaktu zástupců výrobních firem s matkami ve zdravotnickém zařízení; zákaz slovní nebo obrazové idealizace umělé výživy; povinnost výrobců poskytovat zdravotníkům pouze odborné informace o svých výrobcích; povinnost výrobců vysvětlit výhody kojení, rizika a náklady spojené s používáním umělé výživy v informačních materiálech o výživě kojenců; zákaz propagace výrobků nevhodných pro výživu kojence; povinnost

výrobců zajistit požadovanou kvalitu výrobků a brát v úvahu klima a skladovací podmínky země, v níž jsou používány. (4)

1.1.3 Ostatní aktivity zaměřující se na podporu kojení ve světě

IBFAN. Byl založen v r. 1979 nevládními organizacemi, aktivisty a zdravotníky, usilující o zlepšení výživy a zdraví dětí. Bojuje proti komerčnímu tlaku výrobců kojenecké výživy, lahví a saviček, jak na veřejnosti, tak i mezi zdravotníky.

La Leche League International - LLLI vznikla v r. 1956 ve Spojených státech. Byla založena sedmi matkami, které si přály, aby kojení přinášelo ženě i dítěti více radosti.

Zdraví pro všechny v 21. Století. V r. 1998 se členské státy WHO usnesly na deklaraci, která stanovila, že zdraví je jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. K signatářům deklarace patřila také ČR.

Globální strategie výživy kojenců a malých dětí vzniká v r. 2002 za účasti WHO a UNICEF. Cílem je znova podnítit světový zájem a potřebu ochrany, propagace a podpory kojení a zlepšení výživového stavu, růstu, vývoje a zdraví kojenců a malých dětí, což přesně zapadá do oblasti lidských práv. Z globální strategie vychází Akční plán ochrany, propagace a podpory kojení v Evropě. (2, 3, 5, 6, 7)

1.2 Aktivity vedoucí k podpoře kojení v ČR

1.2.1 Úmluva o právech dítěte

Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech dítěte v r. 1991 (Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., resp. zákon č. 3/1993 Sb.). Jedná se o komplex práv, zajišťující optimální rozvoj všech osobnostních předpokladů dítěte a ochranu jeho života. V praxi to znamená neustále sledovat stav dětí a stupeň uspokojování jejich potřeb, aktivně reagovat na změny a vývoj. Úmluva o právech dítěte pokrývá 4 široké kategorie práv dětí: *Práva na život a přežití* – zahrnují právo na život, výživu, zdravotní péči atd. *Práva na osobní rozvoj*. *Práva na ochranu*. *Participační práva dětí*. (1, 8)

1.2.2 Laktační liga

Laktační liga založená v r. 1998, propaguje, podporuje a ochraňuje kojení v ČR. Laktační liga je vedena významnými odborníky na kojení v ČR a to MUDr. Annou Mydlilovou a MUDr. Magdalenou Paulovou.

Laktační liga se ve své činnosti zaměřuje zejména na konzultační a poradenskou činnost pro kojící matky a zdravotníky; školí laktační poradce z řad zdravotníků a matek; provozuje Národní laktační centrum (NARLAC) s Národní linkou kojení; pořádá školicí akce zaměřené na výživu a péči o novorozence a kojence; vydává letáky, brožury a jiné zdravotně výchovné příručky; propaguje Světový týden kojení (1.8 - 7.8); ve spolupráci s UNICEF podporuje BFHI v ČR; sleduje dodržování mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka ve spolupráci s Pražskou skupinou IFBAN (ANIMA); sleduje dodržování 10 kroků k úspěšnému kojení; vydává časopis MAMITA (časopis pro rodiče a zdravotníky); provozuje webové stránky www.kojeni.cz a www.mamita.cz; podporuje činnost dokumentačního centra na podporu kojení; pomáhá při zakládání laktačních center a podpůrných skupin kojících matek v ČR. (9, 10)

1.2.3 Ostatní aktivity zaměřující se na podporu kojení v ČR

V r. 1990 vzniká ANIMA, Pražská skupina IFBAN. ANIMA vytvořila Dokumentační centrum na podporu kojení, která shromažďuje informace o kojení a výživě kojenců z domácího i zahraničního prostředí. Poskytuje informace odborníkům i veřejnosti prostřednictvím vzdělávacích a osvětových materiálů, snaží se prosazovat celosvětovou iniciativu BFHI. Má na starosti sledování a dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka v České republice.

Národní výbor pro podporu kojení při Českém výboru UNICEF - vznikl v r. 1993, koordinuje aktivity na podporu kojení v České republice.

Podpora kojení Vládou České republiky. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel v České republice v 21. století „Zdraví pro všechny v 21. století“, odsouhlasený usnesením vlády z října 2002, Cíl 3 Lepší start do života, kde bod 3.2.6 zdůrazňuje nutnost podporovat rozvoj zdravotnických zařízení zapojených do

BFHI. Tento cíl má v plánu vytvoření podmínek do r. 2020, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly zdravý start do života.

BFHI – působí u nás od r. 1991. Jejím cílem je prosazování 10 kroků k úspěšnému kojení. Neopomenutelný přínos pro podporu kojení mají *Laktační poradny, centra a podpůrné skupiny kojících matek*. V ČR je akceptován *Světový týden kojení*. (3, 6, 7, 11)

1.3 Podpora kojení jako multidisciplinární obor

Výživa je jednou ze základních potřeb dítěte. Pro dítě je nejlepší přirozenou výživou mateřské mléko. Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Další právo matky a dítěte je dostat odpovídající péči před porodem i po porodu, včetně podmínek, které usnadňují kojení. Kojení je součástí našeho Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století. Vláda ČR i zdravotníci mají odpovědnost za dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a následných relevantních rezolucí Valného shromáždění WHO. Faktory, kterými zdravotníci nejvíce ovlivňují úspěch kojení, shrnuje 10 kroků k úspěšnému kojení vydaných WHO/UNICEF. (12)

1.3.1 Metodická doporučení pro prenatální péči a edukace ošetřovatelským personálem

První informace o kojení by měla matka dostat již před porodem. Bezprostředně po porodu není matka v optimálním psychickém stavu pro učení a přijímání nových informací. Po porodu by již měla aplikovat to, co se v těhotenství naučila. Pokud má mít matka pozitivní postoj ke kojení, zdravou sebedůvěru ve své schopnosti kojit, musí být příprava na kojení součástí komplexní prenatální péče. (3, 12)

Pozitivní vliv na propagaci, zahájení a pokračování v kojení, mají kurzy předporodní přípravy se zaměřením na kojení. Vhodná je také účast otce dítěte. Rodičům by měly být podány informace vědecky podložené a neovlivněné komerčními zájmy. (7)

Předporodní kurzy jsou vedeny zkušenými porodními asistentkami, dětskými sestrami a lékaři. Právě ošetřovatelský personál má často rozhodující vliv na to, zda se matce podaří dobře a dlouho kojit. Ošetřovatelský personál musí znát nejen zdravotní a fyziologické výhody kojení, ale musí znát také mechanismus kojení, jeho možné obtíže

a způsoby jejich překonávání. Ošetřovatelský personál by měl dále doporučovat výživu mateřským mlékem u všech dětí, kde není kojení kontraindikováno. Měl by matku vhodně povzbuzovat a přesvědčovat ve schopnosti své dítě kojit a snažit se jí pomoci překonat eventuální problémy s kojením. (3, 11)

Prenatální péče by měla zahrnovat informace o významu a prospěšnosti kojení pro matku a dítě. Důležité je tedy vysvětlit výhody kojení a rizika, které vyplývají z rozhodnutí nekojit. V této chvíli má porodní asistentka možnost zjistit, co již žena o kojení ví, a cíleně ji učit, jak kojení ovlivňovat. Matka má právo se rozhodnout, jak bude své dítě živit. Než se tak rozhodne, musí být dostatečně informována. Vhodné je matky informovat o fyziologii kojení a procesu laktace. Seznámit je s faktory, které pozitivně a negativně působí na kojení, prevencí a řešení těchto problémů. Poskytnout jim informace o složení, nutriční a imunologické hodnotě mleziva a mateřského mléka. Naučit je technice kojení pomocí videa, modelové instruktáže, nácviků správného přiložení s panenkou. Důležitým bodem v prenatální péči je vyšetření prsů ženy, s důrazem na vpáčené bradavky. Ženy by také měly být seznámeny se zásadami 10 kroků k úspěšnému kojení, které přispívají k zahájení a pokračování v kojení se současným zdůrazněním významu prvního přiložení dítěte k prsu matky. Dále by měly být podány informace o prospěšnosti společného pobytu po porodu s dítětem 24 hodin denně (rooming-in), vysvětlit důsledky separace matky a dítěte pro další rozvoj kojení. Seznámit matku s alternativními způsoby krmení. Ošetřovatelský personál by měl být psychickou podporou ve chvílích nejistoty, strachu. Měl by ženu informovat o výživě před i po porodu. Těhotné ženy by neměly být vystavovány propagaci komerční kojenecké výživy. Dalším bodem prenatální péče je věnovat zvláštní pozornost prvorodičkám a matkám s předchozí špatnou zkušeností s kojením. (3, 7, 11, 12)

1.3.2 Metodická doporučení pro porodnici a edukace ošetřovatelským personálem

Pro zajištění úspěšného kojení musí všichni zdravotníci postupovat podle stejných principů obsahových i formálních. Cílem principů BFHI je sjednocení péče o novorozence a zavedení 10 kroků k úspěšnému kojení. Má-li být dosaženo úspěchu,

musí být v praxi všichni zdravotníci důslední a vytrvalí při dodržování zásad „Deseti kroků k úspěšnému kojení“.

Mezi hlavní zásady patří mít školený zdravotnický personál a písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení. Umožnit matkám kojít do hodiny po porodu. Informovat je o výhodách a způsobech kojení. Podporovat kojení podle potřeby dítěte, bez omezování délky a frekvence. Praktikovat rooming – in po celých 24 hodin. Při potížích s kojením by měli kompetentní laktační poradci umět matce poradit, povzbudit a pomoci jí problém vyřešit. V případě zjištěných dočasných kontraindikací kojení, poučit matku o tom, jak mléko odstříkávat k udržení laktace, jak mateřské mléko uchovávat a jak lze dítě dokrmovat alternativním způsobem. Nedovolit propagaci volných výrobků umělé kojenecké výživy, dudlíků a kojeneckých lahví. (7, 11, 12)

V porodnici je třeba umožnit matce společný pobyt s dítětem hned po porodu, nabídnout matce pomoc při kojení s praktickou ukázkou správné techniky kojení. Ošetrovatelský personál by měl matku naučit, jak reagovat na potřeby svého dítěte. Poučit ji, že poporodní úbytek hmotnosti je normální. Podporovat kojení dle chuti dítěte, bez omezování délky a frekvence. Pokud má žena problémy, povzbuzovat ji. Naučit ji, jak má pečovat o prsy. Poučit ji, jak výlučně kojít po dobu 6 měsíců věku dítěte a upozornit ji, že její dítě nepotřebuje do 6. měsíce věku jiné tekutiny než mateřské mléko, varovat ji před podáváním dudlíků či láhve, které kazí techniku sání. Upozornit na kojení dle přání dítěte, které nejlépe ví, jak často a jak dlouho má být kojeno. (3, 13)

1.3.3 Metodická doporučení pro péči v terénu a edukace ošetrovatelským personálem

Po propuštění z porodnice jsou nejdůležitějšími pomocníky matky pediatr a dětská sestra. Na nich velmi záleží, jak bude kojení dál probíhat. Je potřeba, aby i oni postupovali podle zásad „10 kroků k úspěšnému kojení“, tak aby byla podpora kojení kvalitní a vytrvalá. Každá matka a novorozenec by měli být do 48 hodiny po propuštění z porodnice navštíveni pediatrem, tak aby zkontroloval, zda kojení úspěšně pokračuje. Během návštěvy se posoudí technika kojení včetně správné polohy, přiložení a přísátí. Dítě se zváží a vyšetří, zejména s ohledem na hydrataci a žloutenku. Zhodnotí se

vyučování dítěte, dobře kojené dítě má 6 – 8 pomočených plen za den. Pediatr by měl kojené dítě vidět znovu ve 2. – 3. týdnu věku, aby mohl posoudit, zda dítě prospívá a mohl matce poskytnout povzbuzení a podporu důležitou v tomto období. Kojící matce může být při propuštění z porodnice nabídnuta některá z forem následné péče o kojení poskytovaná samotnou porodnicí, laktačním centem, laktačními poradci či svépomocnými skupinami matek. Laktační poradce by měl matku upozornit na kojení podle přání dítěte a pomoci jí, jak výučně kojit pod dobu alespoň 6 měsíců. V případě výskytu potíží vysvětlit matce, že jsou obvykle přechodného charakteru a lze je ve většině případů vyřešit. Některé porodnice dnes nabízí aktivní podporu pomoci ve formě tzv. horké linky. (3, 7, 11, 12)

1.3.4 Laktační poradenství

Laktační poradenství je způsob práce s matkami, kdy se tradičním způsobem předávají zkušenosti s kojením. Snahou poradenství je budovat u matky sebedůvěru, poskytnou jí užitečné rady a hlavně podporu. Důsledným poradenstvím je zajišťována prevence a včasné řešení možných problémů. Mezi hlavní zásady patří naslouchat, pozorovat, účinně neverbálně komunikovat, projevovat zájem a empatii, vyhýbat se negativním hodnotícím slovům, reagovat na to, co matka říká a poskytovat doplňující otázky. Akceptovat a respektovat přání matky, její pocity a představy. Poskytovat pomoc a budovat sebedůvěru matky. Laktační poradkyně by si během kojení měla všimnout věku matky, celkového vzhledu a stavu výživy, výrazu matky, spokojenosti a chování k dítěti. Vzájemné polohy, techniky sání a souhry matky a dítěte během kojení. Postoje a přístupu matky ke kojení, stavu bradavek, podpory rodiny. (2, 7)

1.3.5 10 kroků k úspěšnému kojení

V r. 1991 UNICEF a WHO zahájili mezinárodní iniciativu, která stanovila doporučení pro porodnice nazvané 10 kroků k úspěšnému kojení. Tato iniciativa vznikla s cílem zlepšit porodnické služby v nemocnicích po celém světě tak, aby matky díky kojení poskytovaly svým dětem ten nejlepší vstup do života. 10 kroků je možné aplikovat při jakémkoliv způsobu a místě porodu. Iniciativa vznikla na podkladě

jasných vědeckých poznatků dokazujících, že mnoho rutinních porodnických postupů a úkonů ovlivněných moderní technologií souvisí významným způsobem s nízkým procentem matek, které své děti při propuštění z porodnice kojí. Porodnice, která naplňuje všech 10 kroků, je udělen titul „baby-friendly“. (3, 11, 14)

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:

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

1.3.6 Profese porodní asistentky a její role v poskytování ošetrovatelské péče

Porodní asistentka poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodičím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci. Provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav. Podporuje a edukuje ženu v

péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím. Připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody. Ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky. Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace. (15)

Autonomní funkce porodní asistentky. *Podpora zdraví a prevence vzniku onemocnění.* Porodní asistentka sleduje ženy, rodiny a komunity, o které pečuje z hlediska reprodukčního zdraví, bere v úvahu prostředí, ve kterém žijí a jejich způsob života. Zjišťuje potřeby žen v oblasti tělesné, psychické a společensko-kulturní, duchovní, spirituální, behaviorální, kognitivní. *Poskytování informací a zdravotní výchova.* Motivuje jednotlivce, rodiny a skupiny k tomu, aby změnil v případě potřeby svůj způsob života. *Podpora a provázení osob v krizových situacích.*

Kooperativní funkce porodní asistentky. Provádí všechna vyšetření a ošetření, která stanoví lékař při nefyziologických stavech v péči o ženu a dítě. Dokumentuje proces poskytované ošetrovatelské péče.

Funkce porodní asistentky ve výzkumu a vývoji v oblasti porodní asistence. Získává nové vědomosti tím, že se podílí na výzkumné práci v oblasti porodní asistence a ošetrovatelské péče o ženu a dítě nebo výzkum sama provádí. Účastní se programů zajišťování kvality celkové péče. Usiluje o svůj další odborný růst v rámci postgraduálního a kontinuálního celoživotního vzdělávání.

Funkce porodní asistentky v plánování, koordinaci a řízení. Pracuje ve skupinách, kontroluje pracovní tým a kooperuje s jinými odborníky. Hodnotí, kontroluje a vzdělává podřízené zaměstnance. Účastní se rozhodovacích procesů v oblasti zdravotní politiky a řízení, které se týkají porodní asistence a ošetrovatelské péče o ženu a dítě.

Psychologické předpoklady porodní asistentky pro úspěšnou podporu kojení. *Osobnostní a etické předpoklady.* Velmi důležitá je úloha osobnosti zúčastněných zdravotníků. Nejdůležitější je však u porodní asistentky, neboť ta je s matkou v intenzivnějším kontaktu. Pro vykonávání profese porodní asistentky v praxi je kvalita

osobnosti stejně důležitá jako odborné technické zdravotnické znalosti a dovednosti. Je-li porodní asistentka zralou, zdravou, harmonickou osobností, svou profesi chápe a žije jako poslání, má potřebné psychické předpoklady pro práci s matkami a dětmi. Má-li k matkám a novorozencům pozitivní postoj, je k matkám vlídná, laskavá a trpělivá, poskytuje jim citovou podporu. Taková porodní asistentka má také zájem se dále vzdělávat a odborně i osobně se rozvíjet. *Komunikační dovednosti.* Zdravotníci je získávají výchovou, vzděláváním, ale i spontánně a bezděčně celý život. Při optimální komunikaci s matkou využívá asistentka: verbální komunikaci - slovní informace; pochvaly a povzbuzení i za snahu a vytrvalost, za drobné pokroky v kojení; slovní posilování sebedůvěry matky v její schopnosti kojit. Neverbální komunikace - laskavost, vlídnost, trpělivost, úsměv, pohlazení, držení za ruku, povzbudivé stisknutí ruky, klidný, citlivý přístup ke každé matce, milý tón a přátelská intonace hlasu. *Znalosti a dovednosti v oblasti psychologie.* Tyto znalosti mají být součástí vzdělávání sester. Pro profesionální činnost v oblasti porodnictví a neonatologie je třeba, aby porodní asistentka měla znalosti v oblasti psychiky matky v graviditě, v perinatálním i postnatálním období, znalosti z psychologie prenatálního dítěte a chování novorozence, znalosti základních principů interakce, verbální a neverbální komunikace. (16,17,18,19)

1.4 Anatomie prsu, Fyziologie laktace

1.4.1 Prs, mléčná žláza

Prs (mamma) je párovým orgánem, který je uložený na přední stěně hrudníku, jehož součástí je mléčná žláza. Základní struktury v prsu jsou tvořeny tkání svalovou a žlázovou. Prsní žlázu obklopují pojivová, podpurná tkáň a tukový polštář. Výživu a dodávku živin pro sekreční děje zajišťují krevní a lymfatické cévy. Nervová tkáň je základním substrátem pro regulační děje, uplatňované při tvorbě a uvolňování MM. Na povrchu prsu rozlišujeme pigmentovaný dvorec a bradavku. (16, 20, 21)

Mléčná žláza (glandula mammae) se skládá z 15 – 20 laloků, které se skládají z menších lalůčků a ty dále z mléčných alveol. Jejich vývody se spojují do společných mlékovodů ústících na prsní bradavce. Dále, směrem ke špičce bradavky se vývody opět zužují, procházejí bradavkou a ústí na jejím povrchu. (8, 16, 20, 21)

Prsní žláza je největší kožní žlázou lidského těla. Jedná se o složitý orgán, jehož vývoj začíná již u šestidenního zárodku. U plodu starého 32 týdnů je již patrné všech 15 až 25 vývodů a v období okolo termínu porodu je mléčná žláza dítěte schopna produkce mléka. V dětství je prsní žláza v klidovém období, na další rozvoj a diferenciaci mléčné žlázy působí pohlavní hormony v průběhu puberty. Asi až do 30 let ženy dochází s každým menstruačním cyklem k dalšímu růstu a vývoji. (8, 16, 20)

1.4.2 Tvorba mateřského mléka

Vlivem hormonu progesteronu se stimuluje epitel alveolů, vlivem estrogenů se vyvíjí vývodný systém. Na vývoji mlékotvorného aparátu se uplatňuje souhra tzv. laktogenního hormonálního komplexu, estrogenu, progesteronu, placentárního laktogenu, hypofyzárního prolaktinu, kortizolu i inzulinu. Plně funkční je mléčná žláza až v závěru těhotenství a po dobu laktace. V posledních týdnech těhotenství a prvních dnech po porodu se tvoří v mléčné žláze **mlezivo** (kolostrum), které má především obranné vlastnosti, obsahuje protilátky, ve vyšší koncentraci pak bílkoviny a soli, než ve zralém MM. Dále obsahuje vitamín A, E, základní minerály a tekutiny. Je husté, žluté. V kolostru je menší koncentrace tuků než ve zralém mléce. Má laxativní účinek, který napomáhá vyloučení mekonia. V dalších dnech mléko dozrává a tvoří se *mléko přechodné*, které má charakteristickou řidší konzistenci a je světlejší barvy. Přechodné mléko má menší obsah imunoglobulinů a bílkovin, obsahuje však více sacharidů a tuků. *Zralé mléko* je dvousložkové a začíná se vylučovat okolo 14. dne po porodu. Přední zralé mléko obsahuje větší množství vody a laktózy, je řidší, bílé až světle modré barvy. Slouží především k uhašení žízně dítěte. Zadní zralé mléko je naopak hustší, bílé barvy, obsahující hlavně tuky a bílkoviny, tak aby se dítě nasytilo. Hlavním hormonem, který spouští a udržuje laktaci, je prolaktin. Oxytocin působí na uvolňování a sekreci mléka do vývodného systému. Tento děj se nazývá ejekční, uvolňovací nebo let-down reflex. Doprovodným účinkem oxytocinu při kojení jsou citelné stahy dělohy doprovázené v prvních dnech zvýšeným odchodem očítků. Kojení má tedy významný podíl na správné involuci dělohy. (8, 21, 22, 23)

1.4.3 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko poskytuje většině dětí optimální výživu jako jediný zdroj potravy v prvních šesti měsících života a spolu s nemléčnou stravou i po šestém měsíci. (11) Složení MM odpovídá měnícím se nárokům a potřebám rostoucího dítěte. Mnoho živin obsažených v MM má multifunkční úlohu. Poskytují pro organismus nezbytné bioaktivní faktory, které jsou absorbovány a využity nejen jako zdroj energie pro růst a vývoj kojence, ale i pro další funkce.

Bílkoviny. Tvoří nejstálější složku MM. Hlavní bílkovinou je laktalbumin, velké množství představuje i kasein. Poměr laktalbuminu a kaseinu (cca 70:30), což zajišťuje snazší stravitelnost, tranzitní čas žaludkem je krátký. Obranné látky představují čtvrtinu bílkovin MM. Imunologicky aktivní složky tvoří makrofágy (IgA, lysozym, laktoferin), lymfocyty T i B, neutrofilní granulocyty a epiteliální buňky a sekreční IgA.

Tuky. Tvoří nejvariabilnější složku MM. Mají velký význam pro růst a vývoj dítěte, jsou zdrojem energie. Množství tuku kolísá v průběhu dne a významně se mění i v průběhu jednoho kojení. Mléko přední, produkované na začátku pití zralého mléka, obsahuje 1,5-2,0% tuku. Kdežto mléko zadní obsahuje tuk až 4-5x více. Tuky jsou tvořeny převážně triacylglyceroly. MM obsahuje velké množství cholesterolu, který se podílí na vývoji mozku, syntéze žlučových kyselin a hormonů. Omega 3 nenasycené mastné kyseliny mají zásadní význam u zrání nervového systému, dotváření nervových drah, zrání smyslových orgánů a hormonálních tkání. Obsah aktivních enzymů v MM nahrazuje zatím chybějící enzymy v nezralém střevě.

Cukry. Hlavním sacharidem je laktóza. Ve zralém MM je laktózy 7%, v kolostru 4%. Laktóza a příznivá střevní flóra usnadňuje vstřebávání železa a vápníku. Důležitou součástí jsou oligosacharidy, které bývají nazývány prebiotika. Jedná se o nestravitelné složky potravy, které podporují růst nebo metabolickou aktivitu tzv. přátelských bakterií v tlustém střevě. Laktóza spolu s laktoferinem vytvářejí ve střevě vhodné prostředí pro růst bakteriálního kmene *Lactobacillus*.

Vitamíny. Jejich obsah v MM většinou kryje potřeby zralého novorozence, může však u některých z nich kolísat podle výživy matky. Vitamínu A je v naší populaci dostatečné množství, zajišťuje celistvost sliznic, je nezbytný pro růst a vývoj oka.

V kolostru, stejně tak jako vitamín K, je ho více než ve zralém mléce. Vitamín K je doporučeno u plně kojeného dítěte v prvním půlroce suplementovat, vzhledem k možnému výskytu pozdní formy hemoragické nemoci u dítěte. Vitamínu E obsahuje MM dostatek. Obsah vitamínu D je nízký. Hlavním orgánem, zajišťujícím dodávku vitamínu D do organismu, je kůže. V ČR se doporučuje i plně kojeným dětem, deprivovaným od slunečního záření, vitamín D dodávat. Vitamíny rozpustné ve vodě (B, C) jsou v MM v potřebném množství, pokud má matka vyváženou stravu.

Minerální látky a stopové prvky. Koncentrace důležitých prvků vápníku, sodíku, magnézia, železa, fosforu, mědi a fluoru je v mléce žen, které samy netrpí nedostatkem, dostatečná. Ze stopových prvků obsahuje MM v dostatečném množství měď, kobalt, selen a další. V některých oblastech je v potravě našich matek a jejich mléce méně jódu a zinku, vhodná je tedy opět vyvážená strava.

Nenutritivní složky MM. Složky, které neposkytují energii. Jedná se o humorální (nebuněčné) složky a buněčné složky. Humorální složky – imunologicky významné a protizánětlivé faktory (obrana proti infekci), imunologicky specifické faktory (střevo dítěte je pokryto ochranným filmem), imunologicky nespecifické faktory, hormony a růstové diferenciační faktory. Z buněčných složek se jedná o T-lymfocyty, B-lymfocyty, mikrofégy, neutrofilní leukocyty atd.

Imunitní stav novorozence. V průběhu porodu a po něm začíná výrazný rozvoj imunitních funkcí novorozence. Mateřské mléko poskytuje novorozenci ochranu před infekcí dvěma základními mechanismy: klasickou imunitní ochranou, zajišťovanou imunoglobuliny třídy A, G, M a imunokompetentními buňkami. Navíc dostává kojené dítě velkou skupinu dalších antiinfekčních složek. (3, 21, 24, 25, 26)

1.4.4 Základní reflexy dítěte

Novorozenec má vrozené vzorce chování, které mu umožňují i bez dopomoci dosáhnout vlastními pohyby prsu matky, přisát se a polykat.

Se správnou dopomocí toho dosáhne snadněji a rychleji. Základní reflexy dítěte jsou:

Reflex hledací – otevření úst u dítěte, otáčení hlavy a vyplazení jazyka přes dolní dásně se vyvolá dotekem na rty, okolí úst nebo tváře. Tento reflex je přítomen od 32. týdne těhotenství a fyziologicky vyhasíná do šestého měsíce věku dítěte.

Reflex sací – dotekem bradavky vyvolané podráždění receptoru, tzv. sacího bodu, se vyvolá peristaltický pohyb jazyka. Vlna postupuje od špičky směrem dozadu a tlakem jazyka na tkáň prsu proti patru dítěte je mléko vytlačováno ze sinusů.

Reflex polykací – je vyvolán bolusem mléka ze zadní poloviny jazyka.

Koordinace mezi těmito reflexy a mezi sáním, polykáním a dýcháním je zralá opět přibližně mezi 32. – 35. týdnem těhotenství. (21, 27)

1.5 Potřeby dítěte a matky v časném poporodním období

Moderní ošetřovatelství poskytuje systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování těchto potřeb se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Sestra přistupuje k člověku jako celku, tzn. k bytosti bio-psycho-sociální a spirituální. Tento přístup se označuje jako holistický, neboli celostní. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části. Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.

Potřeba značí nějaký nedostatek, či chybění něčeho, co je žádoucí odstranit. Potřeba je něčím, co člověk nutně potřebuje pro svůj vývoj a život. Psychika člověka je ovlivňována prožíváním nedostatku a tím zcela zásadně vytváří vzorce chování.

Hierarchie potřeb dle A.H.Maslowa. Každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, neboť některé z motivů jsou silnější než jiné a tím se řadí podle své naléhavosti. Do hierarchicky potřeb dle Maslawa patří – fyziologické potřeby; potřeba jistoty a bezpečí; potřeba lásky a sounáležitosti; potřeba uznání, ocenění, sebeúcty; potřeba seberealizace a sebeaktualizace. (28)

1.5.1 Potřeby kojící matky

Šestinedělí přináší matce změny, jak anatomické tak i fyziologické a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním (tzv. involuční změny).

Psychika ženy je v období šestinedělí vystavena vysoké zátěži, jednak z hormonálních změn, fyzických změn a jednak z adaptace na novou roli matky. Začíná být plně v zajetí myšlenek na dítě, soustředí se na péči o něj. V časném poporodním období je nálada nedělky většinou radostná, ale toto období je většinou vystřídáno obavami, emocionální labilitou a úzkostí. K tomu přispívá i pocit odpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu. Než si na tuto trvalou zátěž nedělka zvykne, může prožívat stavy nedostatečnosti a neschopnosti. Tyto stavy se násobí fyzickou vyčerpaností, nedostatkem spánku a již zmíněnými hormonálními změnami. Proto je velmi důležité, aby na tento stav byl také připraven partner i celá rodina, tak aby mohli být pevnou oporou nedělky. Dobrá sociální situace zvyšuje vyrovnanost, klid a jistotu matky. To působí pozitivně i na její kojení. Pokud má matka nízké sebevědomí, je nadměrně úzkostlivá, má obavy a strach ze selhání, projeví se to i na jejím tělesném stavu a na úspěšnosti kojení. (3, 4, 13)

1.5.2 Potřeby dítěte

Novorozenecké období je etapou adaptace, během níž se dítě přizpůsobuje podmínkám mimoděložního prostředí. Všichni zdraví novorozenci mají mnoho společných rysů chování, ale každý z nich je jedinečnou osobností, která získala vlastní zkušenosti během nitroděložního vývoje, během porodu i bezprostředně po něm. Potřeby dítěte jsou závislé především na věku, pohlaví, zdravotním stavu a prostředí, ze kterého pochází. Základní potřeby dítěte dělíme na biologické; psychické; sociální a vývojové.

K základním *biologickým potřebám* patří odpovídající výživa dle věku; uspokojování hygienických požadavků; potřeba dostatečné obranyschopnosti (očkování); stimulace, tzn. dostatek adekvátních podnětů pro CNS; preventivní, kurativní, rehabilitační péče.

Uspokojování *psychických potřeb* umožňuje dítěti nejenom se dobře rozvíjet v oblasti intelektu, vůle a citů, ale i v chování, interakci s okolím, chápání sebe a lidí, společenských hodnot i celého prostředí, jehož je dítě součástí. K základním psychickým potřebám patří potřeba náležitého přívodu podnětů; potřeba smysluplnosti

života, tzn. postupné zpracovávání poznatků a zkušeností; potřeba jistoty; potřeba vědomí vlastní identity; potřeba otevřené budoucnosti (jasné životní perspektivy).

Sociální potřeby. Pro optimální socializaci je nutné uspokojování základních sociálních potřeb a to především: potřeba lásky a bezpečí; potřeba přijetí dítěte a identifikace s ním; rozvinutí všech jeho sil a schopností.

Vývojové potřeby se mění s jeho růstem, vývojem a všemi jeho zvláštnostmi. (4)

1.5.3 Bonding a systém rooming-in

Bezprostředně po porodu dochází mezi matkou a dítětem ke zvýšené vzájemné vnímavosti, která zanechá v podvědomí obou hluboké psychické stopy. Tento psychologický aspekt podněcuje vzájemné seznámení matky a dítěte a poskytuje dítěti pocit bezpečí. Bonding je původní a okamžité spojení mezi matkou a dítětem, dochází ke stmelení emocionálních a fyzických svazků mezi rodičem a dítětem, což je nezbytné pro zajištění mateřské péče po porodu. V prvních chvílích po porodu dítě odpočívá a pravidelně k matce vzhlíží, postupně začíná grimasovat, mlaskat a slinit. Pomalu se pohybuje kupředu, otáčí hlavou ze strany na stranu a doširoka otevírá ústa směřující k bradavce. Bonding intenzivně stimuluje tvorbu mléka. (17, 29, 30, 31)

Dle WHO je po porodu tělesný kontakt dítěte s matkou tím nejlepším prostředkem k udržování tělesné teploty dítěte. Je-li nahé dítě položeno na matčin hrudník a následně přikryto přikrývkou, dokáže si svou tělesnou teplotu dobře udržet. Pro zdravý vývoj novorozence je výhodné, když se setkává s bakteriemi na kůži své matky, nikoliv s bakteriemi zdravotnického personálu.

Rooming-in znamená, že novorozenec tráví společný čas s matkou na jednom pokoji. Tato praktika podporuje úspěšné kojení, matkám umožňuje vytvořit si brzy po porodu pevné pouto k miminku a podporuje jejich postupné nabývání sebejistoty v péči o dítě. Při roomingu má matka možnost být s miminkem co nejvíce v kontaktu kůži na kůži a dítě může kojit tak často, jak si přeje. Rooming-in přináší mnoho výhod jak pro dítě, tak pro matku. Výživa kojením je zajištěna podle potřeb a přání dítěte. Dítě je při společném pobytu s matkou spokojenější a méně pláče. Matka se naučí rychleji rozumět

výrazu tváře svého dítěte a signálům, které vydává. Snadněji si vytvoří k dítěti pevnou vazbu a bude mít více sebedůvěry. (13, 14, 29, 32)

1.5.4 První přiložení k prsu

Kojení zahajujeme ihned po porodu na porodním sále. Dle doporučení WHO/UNICEF je důležitý po porodu včasný tělesný kontakt „kůži na kůži“ matky a dítěte, který by měl trvat co nejdéle. Novorozence po porodu potřebuje trávit první chvíle v přímém tělesném, psychickém a sociálním kontaktu společně s matkou. Stačilo by hájit první hodinu života novorozence po porodu, aby dítě vstupovalo do přátelského světa bez zbytečných stresových situací a s co nejlepšími podmínkami pro zahájení kojení i pro rozvinutí všech svých schopností. (2, 7, 9, 11, 22)

Zdravotníci by měli nabídnout pomoc při prvním přiložení dítěte k prsu a umožnit matce zahájit kojení do hodiny po porodu. Správná poloha a následně i správná technika kojení umožní samopřisátí dítěte. Matkám, které jsou po císařském řezu či po jiném výkonu ve III. nebo IV. době porodní, by mělo být umožněno totéž do půl hodiny poté, co se probudí z anestezie. Každé dítě se orientuje a pohybuje svým individuálním tempem. Dítě prs nejprve olizuje, očichává, ochutnává, během sání a polykání dělá přestávky, proto je důležitá trpělivost. Novorozenec tak prožívá příjemný první sociální kontakt se svou matkou. Včasné zahájení kojení na porodním sále bezprostředně po porodu je velmi důležité i pro matku. Ta prožívá štěstí z narození svého dítěte, je hrdá na to, že se dítě přisálo a je tedy schopná své dítě kojit. Je-li kojení iniciováno již na porodním sále, další dny se kojení lépe a rychleji rozvíjí. Jak na matku, tak ani na novorozence není vhodné pospíchat, důležitý je čas a trpělivost. (2, 7, 9, 11, 22)

1.5.5 Význam a výhody kojení

Programové úsilí WHO/UNICEF o návrat kojení do výživy dětí nejméně do 6. měsíce věku vyplynulo ze seriózního vědeckého poznání, že MM a kojení jsou pro zdravý vývoj jedince nenahraditelné, a to nejen z hlediska nutričního, ale i imunologického a psychologického. Tím pádem pozitivně ovlivňují nejen zdraví dítěte, jeho matky, ale i celé rodiny. Kromě zdravotních výhod pro dítě i matku má kojení

sociální, ekonomický a ekologický přínos pro celou společnost. MM je svým složením a proměnlivostí pro výživu dítěte jedinečné, je zároveň potravou i lékem. (14, 21, 22, 33)

Výhody kojení pro matku

Kojení, které je zahájeno časně po porodu, zvyšuje hladinu oxytocinu, což vede ke snížení intenzity poporodního krvácení a rychlejšímu zavínování dělohy. U žen, které kojily, výrazně klesá pravděpodobnost nádorových onemocnění prsou a ženských orgánů. Dlouhodobé kojení se současně vyváženou stravou chrání ženu před osteoporózou v menopauze. Za určitých podmínek je významný antikoncepční účinek. Kojení je levnější a ihned k dispozici pro dítě. Kojením vzniká citová vazba mezi matkou a dítětem a přijetí mateřské role je snadnější. Kojení přináší pocit uspokojení a podporuje sebedůvěru. (14, 21, 22, 33)

Výhody kojení pro dítě

Epidemiologický výzkum ukazuje u kojeného dítěte významně nižší riziko řady akutních a chronických onemocnění. Je prokázáno, že výživa MM snižuje výskyt a intenzitu průjmových onemocnění, infekcí dolních cest dýchacích, zánětů středouší, infekcí močových cest, bakteriálních meningitid, bakteriemií. Dále studie ukazují možný ochranný vliv před syndromem náhlého úmrtí dítěte, alergickými onemocněními, lymfomy, Crohnovou chorobou, ulcerózní kolitidou, cukrovkou a dalšími onemocněními GIT. Při onemocnění dítěte, kojení příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Mnohem lépe jsou vyvinuty i duševní schopnosti. (14, 21, 22, 33)

1.5.6 Faktory negativně ovlivňující kojení

Kojení negativně ovlivňuje stres a úzkost matky, která se obává ze selhání při kojení. Pochybuje o množství a složení mléka. Důležitá je tedy podpora rodiny a důsledná instruktáž matek ze strany zdravotníků. Nepříznivě může začátek laktace ovlivnit anestezie, silná analgetika, prolongovaný porod, bolest a únava matky. Paušální odsávání dutiny ústní a žaludku u novorozence není nutné a provádí se jen v indikovaných případech. Nepotřebné odsávání v těchto oblastech může vést k

poranění sliznice orofaryngu a k poruchám chování při krmení. Negativně může zasáhnout do začátku i průběhu kojení podání jiné tekutiny než MM či předčasné zavedení příkrmu ještě před 6. měsícem věku dítěte, nevhodné vnučování režimu dítěti, tzn. kojení s časovým omezením, dále nesprávná technika kojení, neumožnění časného kontaktu matky a dítěte „skin-to-skin“ a následného přiložení k prsu matky po porodu nebo oddělená péče o matku a dítě a s tímto související nedostatek informací, jak udržet laktaci. (13, 25, 32)

Faktory ze strany matky

Pozdní nástup laktace – zvýšené množství mléka se objeví později, 5. – 6. den.

V tomto případě je třeba podpořit sebevědomí ženy, častěji přikládat dítě k prsu a zcela výjimečně překlenout období podáním náhradního MM alternativním způsobem.

Nedostatek mléka, slabý vypuzovací reflex – příčinou může být nesprávná technika kojení, předčasné zavedení příkrmů, podávání jiných tekutin, používání kloboučku, dudlíku, v důsledku potlačeného vypuzovacího reflexu. Tvorba mléka je otázkou nabídky a poptávky. Zkontrolujeme techniku kojení a matce doporučíme často kojít i v noci, přikládat k oběma prsům při každém kojení. Nepoužívat láhev, dudlík. Při slabém vypuzovacím reflexu před kojením přiložíme na prsy teplý, vlhký obklad a ejekci mléka podpoříme krouživou a tlakovou masáží prsů.

Nadbytek mléka, silný vypuzovací reflex – na začátku kojení může mít matka mnoho mléka, dítě se zalyká a odtahuje se od prsu, po jídle ublinkává. Matce doporučíme před přiložením dítěte mléko odšťíkat, v kojení pokračovat po zpomalení proudu mléka. Vhodné je častější přikládání k prsu a dítě kojít ve vzpřímené poloze.

Vpáčené, krátké a ploché bradavky – mohou působit potíže, ale při důkladné prenatální péči gynekologem a porodní asistentkou, mohou být zvládnuty ještě před začátkem kojení. Jestliže se bradavka při zmáčknutí dvorce vtahuje, jedná se o vpáčenou bradavku. Matce lze doporučit nošení tzv. formovačů bradavek, které si od 6. měsíce těhotenství vkládá do podprsenky. Důležité je mít dobře zvládnutou techniku sání, v ojedinělých případech je možno kojít pomocí kloboučku.

Bolestivé, popraskané bradavky, ragády – jsou výsledkem nesprávné techniky kojení. K poškození bradavek stačí jedno špatné přiložení. Příčiny tkví v nesprávném přiložení dítěte k prsu, při omezování délky a frekvence kojení, příliš nalité prsy, v důsledku infekce přenesené na prsa matky. Je nutné opravit techniku kojení, upravit polohu dítěte při kojení, tak aby ragáda byla v koutku úst. Nabídnout jako první méně bolestivý prs. Stimulovat uvolnění mléka před kojením, přiložením teplého obkladu. Neomezovat délku a frekvenci kojení. Na konci kojení zasunout malíček za vnitřní koutek úst dítěte, které se pak samo pustí. Po každém kojení nechat na bradavce zaschnout pár kapek mléka, bradavky nechat co nejčastěji volně na vzduchu.

Bolestivé nalití prsů – může vzniknout mezi 2. – 5. dnem po porodu. Prsy jsou oteklé, horké a tvrdé. Vhodné je kojit dítě častěji i v noci, z obou prsů, měnit polohu při kojení. Před kojením prsy masírovat a podat teplé vlhké obklady. Mezi kojením podat studené obklady. Odstříkání před kojením změkčí dvorec.

Ucpaný mlékovod, retence mléka – je provázáno bolestivým zarudnutím, zduřením části prsu, typicky v podpaží. Někdy může být i vysoká teplota. Matce poradíme masáž prsu od místa ucpaní směrem k bradavce, přikládání teplých a studených obkladů, zvolíme takovou polohu, aby brada dítěte směřovala k postiženému místu.

Mastitida – zánět v prsu, který vzniká nejčastěji okolo třetího měsíce po porodu. Příznakem je horký, bolestivý otok prsu s horečkou a celkovou schváceností. Léčí se antibiotiky, klidem a léky proti bolesti. Pokud to stav matky dovolí, není nutné kojení přerušovat, jinak doporučíme mléko odstříkávat. Je tedy vhodné pokračovat v častém kojení, nejprve ze zdravého a poté i z postiženého prsu. Ke zmírnění tlaku bolestivosti přikládat studené až ledové obklady či tvaroh. Před kojením nahřát prs a uvolnit dvorec odstříkáním. Po kojení pokud dítě prs dostatečně nevyprázdnilo, mléko odstříkat. Zvolíme takovou polohu, aby brada dítěte směřovala k postiženému místu.

Infekce plísněmi – se projevují pálením, svěděním dvorce či bradavky, kůže je červená, olupující se. Důležité je úzkostlivé dodržování hygieny prsů a rukou, častá výměna prádla a vložek v podprsence. Léčí se protiplísňovou masťou. (7, 21, 22, 32, 34)

Faktory ze strany dítěte

Ikterický novorozenec – je často přechodně spavý a méně se hlásí k pití, někdy je třeba ho k pití stimulovat. Včasné a dostatečné kojení snižuje enterohepatální oběh bilirubinu a tím i intenzitu ikteru. Novorozenec léčený fototerapií má zvýšenou potřebu tekutin, ale i tak není nutno dítě dokrmovat. Stačí mu jen poskytnout pití z prsu kdykoliv, stejně jako před léčbou.

Kojení dítěte s rozštěpem patra – je sice obtížné, ale je možné. Prs je nutno před kojením zformovat odstříkáním, poloha dítěte by měla být spíše vertikální, aby tkáň prsu pokud možno zakrývala dítěti defekt a mohlo polykat a eventuelně i sát.

Spavé dítě – se samo na kojení nebudí. Je potřeba ho budit po uplynutí čtyř hodin od začátku předchozího kojení. Dítě probudíme mluvením, navázáním očního kontaktu, stimulací, uvolněním zavinovačky. Dítě udržíme déle bdělé častější změnou polohy při kojení, častěji střídat prsy, doporučeno je také mezi kojením nechat dítě odříhnout.

Slabě sající dítě – nedostatečně chytá dvorec, bradavka není dostatečně hluboko v ústech dítěte, dásně nestlačují mléčné sinusy, polyká málo a krátkou dobu, pouští prs, saje méně než 8x za 24 hodin. Pomůže opakovaná výměna prsů během jednoho kojení, kojit každé 2 hodiny přes den, každé 4 hodiny v noci. Dítě více stimulujeme, pomůžeme kroužením prstem okolo úst, bradavku je nutno dostat až na měkké patro, jemně můžeme přistříkovat mléko do úst. (21, 32, 34)

1.5.7 Kojení ve zvláštních situacích

Kojení novorozence s nízkou porodní hmotností – je možné zahájit poté, co dosáhne určitého stupně vyzrálosti. Rozhodující je přitom termostabilita, stabilita ventilace a cirkulace, koordinace reflexů, hlavně dýchání a polykání. Až do doby, kdy lze nezralé dítě začít kojit, je pro něj nejvhodnější výživou mléko vlastní matky, podávané nasogastrickou sondou a vhodně fortifikované, tzn. doplněno o kalorie, bílkovinu, minerály, vitamíny a některé ionty (vápník, fosfor, železo, sodík). Proto je třeba povzbuzovat matku nedonošeného novorozence k odstříkávání mléka. Nejlepší pro dítě je mléko čerstvé, odstříkané přímo na oddělení, které se může podávat dítěti bez další úpravy. Odstříkané mléko, které matka přináší z venku, je nutné pasterizovat. Není-li

mléko vlastní matky k dispozici, je možné používat mléko z banky mateřského mléka. Kojení dětí starších 34 – 36 gestačních týdnů nebývá většinou problém. (21, 31)

Kojení dvojčat – je dnes již běžné. Zpočátku je nutné matce pomoci, kojí-li obě děti současně, což je ideální. Efekt stimulu, který představuje současné kojení obou dětí na tvorbu mléka, je větší. Kojí-li matka dvojčata zvlášť, je toto střídavé kojení časově náročné a část mléka uniká. Pokud je mezi dvojčaty větší váhový rozdíl, doporučuje se, aby mělo každé z obou dětí svůj prs. (21, 34)

Kojení po porodu císařským řezem – je nejčastější mimořádnou situací. Již v průběhu prvního dne po operaci je třeba dítě přikládat k prsu, lze to provádět bez větší zátěže pro matku. Způsob porodu totiž tvorbu mateřského mléka příliš neovlivňuje.

Od druhého dne je možno dítě s využitím šetrné polohy přikládat pravidelně, kdykoliv p ojev í zájem. Dnes, i p o císařsk ém řezu , b ý á velmi brzy dítě sp du s matkou na pokoji. Neomezená pomoc a motivace zdravotníků je podmínkou. (21, 34)

1.5.8 Kontraindikace kojení

Kontraindikace kojení

- absolutní u dětí s galaktosémií
- částečná u dětí s fenylketonurií
- u dětí matek infikovaných HIV/AIDS
- užívání drog

Situace, kdy je kojení kontraindikováno dočasně. V těchto případech by měla být laktace matky udržována pravidelným odstříkáváním mléka, které se vylije, dokud není ukončena léčba či odstraněna zdravotní příčina dočasné kontraindikace kojení.

- Herpes simplex na prsu, přičemž dítě může být kojeno z druhého prsu. Z postiženého prsu nekojit, dokud léze nezmizí.
- Herpes zoster – platí stejná opatření jako u herpes simplex.
- Plané neštovice, které se objeví do 5 dnů před a 2 dnů po porodu. Matka by tedy měla být od dítěte izolována, dokud puchýřky neprasknou. Dítě by mělo dostat co nejdříve varicella-zoster imunoglobulin či standardní imunoglobulin. Mléko matky lze odstříkat a podávat dítěti.

- Aktivní TBC. Děti matek s čerstvou aktivní TBC infekcí by měly být od matky odděleny, dokud léčba nezačne působit a matka již není infekční. Matka by měla mléko odstříkávat a může ho podávat dítěti. Tyto děti by měly také podstoupit odpovídající očkování a chemoprophylaxi.
- Radioaktivní izotopy – většina diagnostických procedur nevyžaduje přerušování kojení a pro většinu vyšetření lze najít vhodný radionuklid s krátkým poločasem rozpadu. Doba přerušování kojení je 5x delší než poločas rozpadu. Kojící matka má možnost před procedurou odstříkávat mléko a uskladnit ho pro tuto potřebnou dobu.
- Chemoterapie matky
- Některé léky – seznam léků, kvůli kterým je kojení dočasně kontraindikováno, je pravidelně publikován WHO, UNICEF, Americkou pediatrickou akademií a lze je najít i v jiných databázích.

Kojení není kontraindikováno

- hepatitida A, B, C
- při horečnatých stavech, virózách, při mastitidě
- při očkování dítěte
- onemocnění zažívacího a urogenitálního traktu
- kouření matky s doporučením ukončení kouření s ohledem na jeho škodlivé účinky na zdraví matky i dítěte
- léky kompatibilní s kojením
- příležitostné požití alkoholu s 2 hodinovým odstupem od dalšího kojení (25)

1.6 Technika kojení

Technika kojení je souhrn zásad pro správné přiložení dítěte k prsu, které je třeba dodržovat od prvního přiložení. Většina neúspěchů a obtíží při kojení je spojena právě s nesprávnou technikou, s nevhodným režimem kojení, či na podkladě nevědomosti. Pro efektivní kojení bez bolesti, poranění bradavek a zbytečně velkého váhového úbytku u dítěte jsou důležitá zejména pohodlná poloha matky, správná vzájemná poloha matky a dítěte, správné držení a podání prsu dítěti a efektivní sání dítěte. (2, 3, 9, 10)

Správné držení prsu. Matka přidržuje prs tak, aby se prsty nedotýkaly dvorce. Palec je položen nad dorcem, zbývající prsty podepírají prs ze spodu. Tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky. Prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce. (2, 7, 9, 11, 21)

Správná vzájemná poloha matky a dítěte. Matka zaujme pohodlnou pozici, vyhovující jí i dítěti. Poloh vhodných pro kojení je mnoho, zpočátku volí matka polohu vleže na boku. Dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce. Ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku. Zbytečně by se neměla dotýkat ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu. Pokud se dotýká hlavy, prsty nepřesahují spojnicí ušní linie. Spodní ruka dítěte má být pod prsem, tak aby nebránila oběma v těsném kontaktu. Brada, tvář i nos se dotýkají prsu, matka nesmí prs od nosu odtahovat. Další důležitou zásadou je, že dítě se přikládá k prsu, nikoli prs k dítěti. Díky různým polohám se mění oblasti bradavky a dvorce, které jsou vystavené zvýšenému tlaku. Pokud matka v některé poloze dělá chybu, střídáním polohy se lze vyhnout poškození bradavek a prsy se rovnoměrně vyprazdňují. (2, 7, 9, 11, 21)

Správná technika přisátí a sání. Drážděním úst bradavkou se u dítěte vyvolá hledací reflex. Široce otevřená ústa dítěte, jako při zívání, jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět. Matka by k prsu neměla přikládat dítě křičící, jazyk při křiku směřuje nahoru k patru a nemůže tak správně pracovat. Při správné technice sání je jazyk pohárkovitě zformovaný a přesahuje dolní ret, který je ohrnutý ven, bradavka i s dorcem je na jazyku. Dásně stlačují dvorec, bradavka se protahuje směrem k zadní části dutiny ústní dítěte. Tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce a tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány. Dítě je slyšet, jak polyká. Při pití se pohybují ušní boltce, tváře nesmějí vpadávat. Matku kojení nebolí, nemá poškozené bradavky a kůži prsou, nemá bolestivě nalité prsy. (2, 7, 9, 11, 21)

1.7 Odstříkávání MM

MM je vhodné odstříkávat při oddělení matky od dítěte, při retenci nebo naopak nadbytku mléka, či pro vytvarování bradavky s dorcem. Před vlastním odstříkáním je

nutné připravit vhodnou nádobu (v domácím prostředí vyvařenou), mít čisté umyté ruce a vodou omytý prs. Přiložením vlhkého teplého obkladu na prsa nebo nahřátím ve sprše a pomocí masáže se povzbudí vypuzovací reflex. Masáž prsů se provádí krouživými pohyby ruky od základu prsu směrem k bradavce a zakončuje se jemným vyklepáním prsů v předklonu. Vlastní postup spočívá ve správném uchopení prsu, tzn. špička palce je položena nad dvorcem a špička ukazováčku je pod dvorcem, tak aby prsty tvořily písmeno C. Prsty a bradavka musí být v jedné linii. Zbývající prsty a dlaň přitisknou celý prs k hrudníku. Bradavka je rytmicky stlačována, až začne mléko odkapávat. Tento trojdobý pohyb se stále opakuje za současné změny pozice prstů na dvorci. Prsty nesmějí bradavku vytahovat dopředu a nesmějí opouštět kůži, aby se neodřela. Velký nebo příliš nalitý prs je vhodné podložit dlaní druhé ruky. Doba odstříkávání by měla být kolem 20 – 30 minut a doporučuje se prsy několikrát vystřídat. (9, 34)

1.8 Uchování MM

MM se odstříkává pečlivě umytýma rukama z vodou omytého prsu do vhodné vyvařené nádoby se sterilním krytím. Takto odstříkané MM lze uchovávat v chladničce při teplotě + 4 st. C po dobu 24 hodin. V mrazicím boxu, po co nejrychlejším zmrazení při – 18 st. C, po dobu 3 měsíců odděleně od potravin. Rozmrazování MM by mělo být šetrné, pozvolné a jednou zmrazené mléko již nelze znova zmrazit. MM je vhodné ohřát ve vodní lázni za současného sledování teploty. Mikrovlnná trouba se nedoporučuje, neboť prohřátí není rovnoměrné a tímto ohřevem se ničí část důležitých složek mléka. (2, 9, 21, 22, 34)

2. CÍLE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zmapovat realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici

Cíl 2 Zjistit, zda bylo matkám po porodu umožněno přiložit dítě k prsu do hodiny po porodu

Cíl 3 Zmapovat realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu

Cíl 4 Zjistit, jak je v terénu zajištěna edukace matek, týkající se realizace 10 kroků k úspěšnému kojení

2.2 Předpokládané hypotézy

Hypotéza 1 Skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici odpovídá metodickému doporučení dle WHO/UNICEF

Hypotéza 2 Matkám je umožněno přiložit dítě k prsu do hodiny po porodu

2.3 Výzkumné otázky

Otázka 1 Odpovídá skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu metodickému doporučení dle WHO/UNICEF?

Otázka 2 Jaký je názor matek na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu?

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Praktická část práce je zpracována na podkladě kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

U kvantitativního výzkumu byl sběr dat realizován formou dotazníkového výzkumného šetření. Dotazník byl určen matkám, které rodily na gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Dotazník obsahuje 31 otázek, které byly zaměřeny na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení. Otázky v dotazníku byly otevřené, uzavřené a polootevřené. Vyplnění dotazníku bylo anonymní. Dotazníků bylo rozdáno 100, vráceno 100, takže návratnost činila 100%. Hranice pro potvrzení hypotéz byla stanovena – 70%.

Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím strukturovaných rozhovorů. Respondentkami byly matky šest měsíců po porodu. Rozhovory byly vedeny v terénu plzeňského kraje. V rozhovoru bylo položeno 21 otázek, které byly zaměřeny na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení a zjištění názoru matek na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu. Pro přehlednost získaných dat, byly rozhovory volně přepsány. S rozhovorem respondentky souhlasily.

Výzkumné šetření probíhalo v měsících leden až březen 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

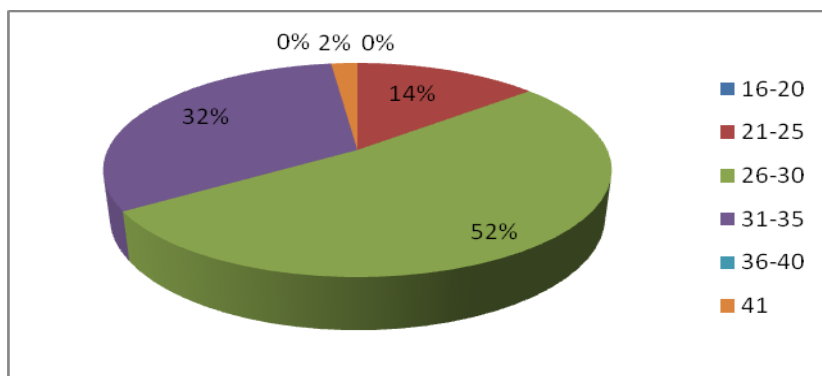
První výzkumný soubor tvořily respondentky třetí den po porodu, které rodily na gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Druhým výzkumným souborem byly čtyři matky z plzeňského kraje, které byly šest měsíců po porodu.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

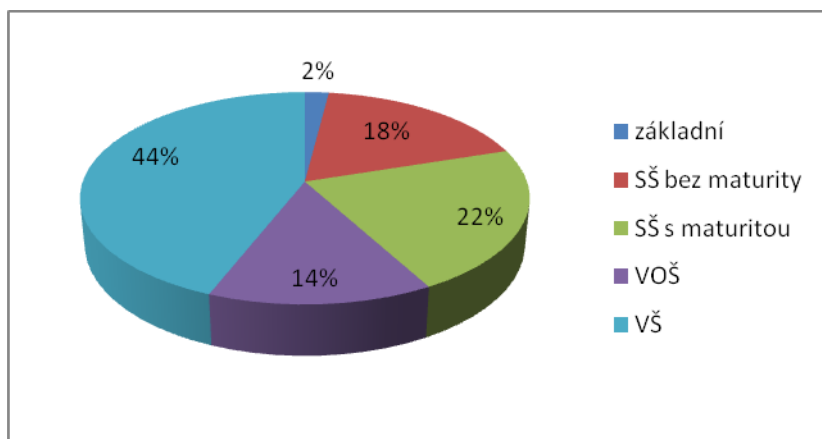
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Graf 1. Věk respondentek



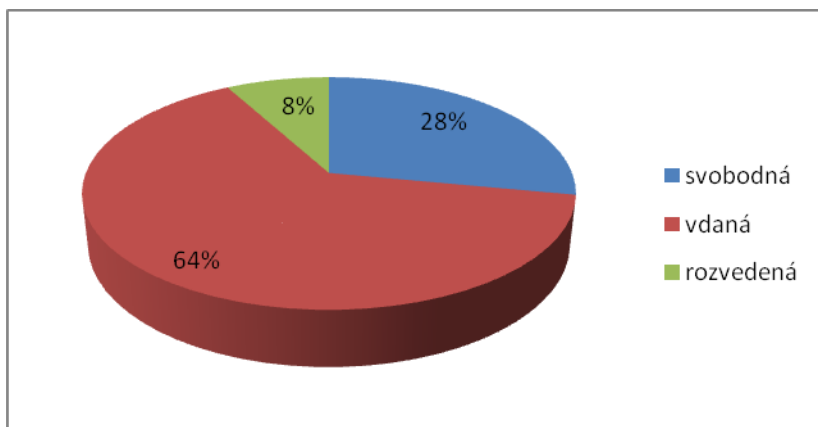
Z celkového počtu dotazovaných respondentek 100 (100%) odpovídalo 52 respondentek (52%) ve věku 26-30 let. Ve věku 31-35 let bylo 32 respondentek (32%). Ve věku 21-25 let odpovídaly 4 respondentky (14%). 2 respondentky (2%) byly ve věku 36-40 let. Respondentka ve věku 16-20 let a 41 let neodpověděla žádná 0 (0).

Graf 2. Nejvyšší ukončené vzdělání respondentek



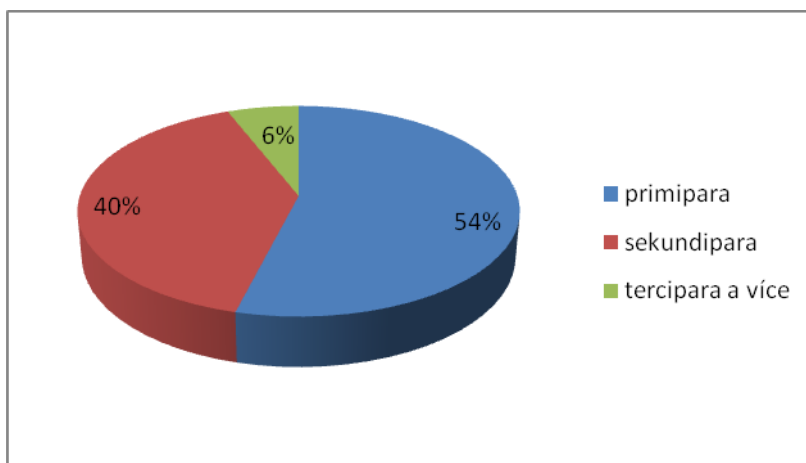
Z celkového počtu respondentek 100 (100%) mají 2 respondentky (2%) základní vzdělání. 18 respondentek (18%) má střední školu bez maturity. Střední školu s maturitou má 22 respondentek (22%). Vyšší odbornou školu má 14 dotazovaných respondentek (14%). Nejvíce 44 respondentek (44%) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 3. Současný stav respondentek



Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%) je 64 respondentek (64%) vdaných, 28 svobodných (28%) a 8 rozvedených (8%).

Graf 4. Počet porodů



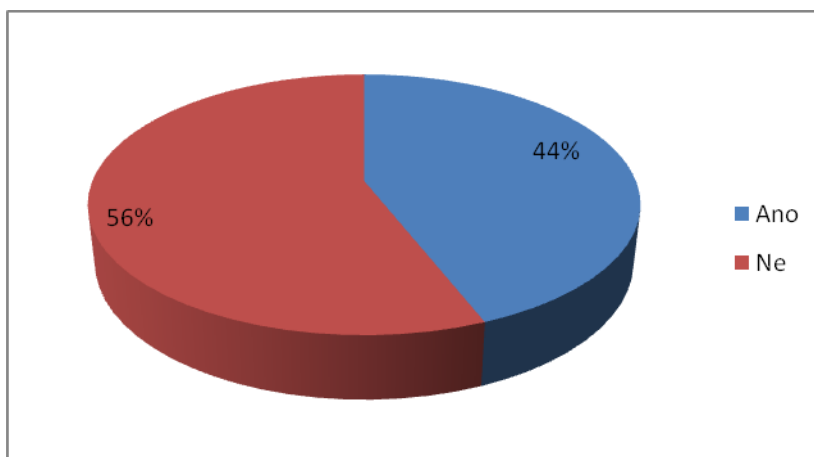
Z celého počtu respondentek 100 (100%) vyplývá, že 54 respondentek (54%) rodilo poprvé, 40 respondentek (40%) rodilo podruhé a 6 respondentek (6%) rodilo po třetí a více.

Tabulka 5. Informovanost respondentek o problematice kojení z těhotenské poradny

| | četnosti | procenta |
|---|----------|----------|
| Ano, zde jsem se dozvěděla veškeré informace o kojení | 4 | 4% |
| Ano, byl mi nabídnut předporodní kurz | 30 | 28% |
| Ano, byl mi nabídnut propagační leták | 24 | 22% |
| Ano, byly mi zkontrolovány prsy a bradavky | 2 | 2% |
| Ne, byla jsem odkázána na internetové stránky | 6 | 6% |
| Ne, žádné informace mi nebyly poskytnuty | 42 | 39% |
| Celkem | 108 | 100% |

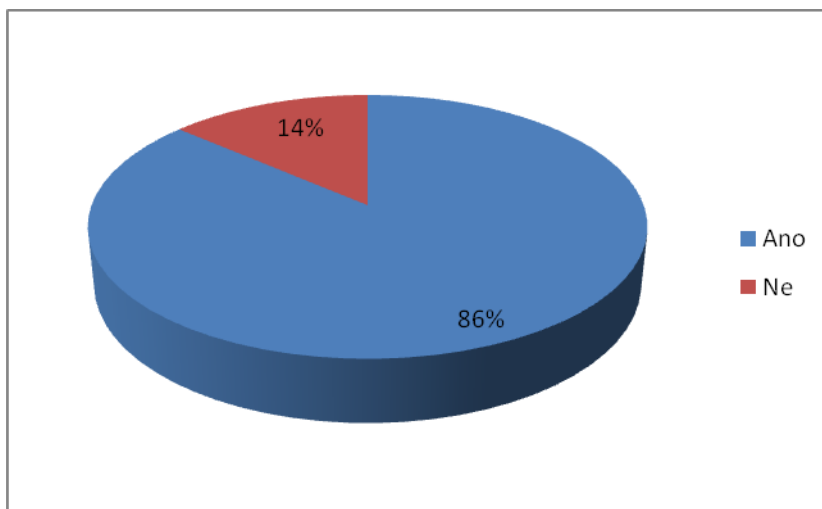
100 respondentek (100%) mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. 4 respondentky (4%) odpověděly, že dostaly veškeré informace o kojení, 30 respondentkám (28%) byl doporučen předporodní kurz, propagační leták byl nabídnut 24 respondentkám (22%), pouze 2 respondentkám (2%) byly zkontrolovány prsy a bradavky, na internetové stránky bylo odkázáno 6 respondentek (6%) a 42 respondentkám (39%) nebyly poskytnuty žádné informace.

Graf 6. Návštěva předporodního kurzu, se zaměřením na problematiku kojení



Z celkového množství dotazovaných respondentek 100 (100%) předporodní kurz absolvovalo 44 respondentek (44%), 56 respondentek (56%) se předporodního kurzu nezúčastnilo.

Graf 7. Účast partnera na předporodním kurzu



Tento graf rozšiřuje graf 6. Z 44 respondentek (44%), které navštívily předporodní kurz, se také kurzu účastnilo 38 partnerů (86%). Pouze 6 partnerů (14%) předporodní kurz nenavštívilo.

Tabulka 8. Informace o kojení poskytnuté ženám na předporodním kurzu

| | četnosti | procenta |
|---|-----------------|-----------------|
| Jaké přináší kojení výhody pro matku | 42 | 7% |
| Jaké přináší výhody kojení pro dítě | 44 | 8% |
| Byla mi vysvětlena důležitost zahájení kojení co nejdříve po porodu dítěte | 38 | 7% |
| Informace o rizicích v případě dítěte nekojit | 24 | 4% |
| Informace o existenci strategie 10 kroků k úspěšnému kojení | 20 | 3% |
| Byla jsem informována o optimální délce kojení, minimálně po dobu šesti měsíců věku dítěte | 38 | 7% |
| Byla jsem informována o vhodnosti společného pobytu matky a dítěte na pokoji šestinedělí po dobu 24 hodin = systém rooming-in | 30 | 5% |
| Byla jsem poučena o zdravém životním stylu a nevhodnosti kouření, užívání léků a drog v těhotenství a šestinedělí | 34 | 6% |
| Byla jsem seznámena s fyziologií/procesem laktace (tvorby mléka) | 32 | 5% |
| Byl mi vysvětlen význam mleziva | 36 | 6% |
| Byla mi vysvětlena technika kojení | 36 | 6% |
| Správné přiložení dítěte k prsu mi bylo ukázáno na modelu | 28 | 5% |
| Bylo mi doporučeno kojit dítě dle jeho chuti bez omezování délky a frekvence | 32 | 5% |
| Byla jsem seznámena s technikou odstříkávání, sbírání a skladování mléka (v případě potřeby, kdy by matka nemohla být s dítětem trvale) | 36 | 6% |
| Byla jsem seznámena s prevencí a řešením problémů s kojením | 30 | 5% |
| Byla jsem poučena o nevhodnosti používání dudlíků a lahví | 32 | 5% |
| Jaká pozitiva přináší pomoc a podpora partnera, rodiny | 26 | 4% |
| Kromě mateřského mléka nepodávat žádnou jinou stravu ani nápoje | 26 | 4% |
| celkem | 584 | 100% |

Tato tabulka rozšiřuje graf 6. 44 respondentek (44%), které navštívily předporodní kurz, mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 584, 42 žen (7%) bylo informováno, jaké přináší výhody kojení pro matku, 44 žen (8%) bylo informováno, jaké přináší kojení výhody pro dítě. Důležitost zahájení kojení co nejdříve po porodu bylo vysvětleno 38 ženám (7%), 24 žen (4%) bylo informováno o rizicích v případě, že dítě kojit nebudou, pouze 20 žen (3%) bylo seznámeno s existencí strategie 10 kroků k úspěšnému kojení. 38 žen (7%) bylo informováno o optimální délce kojení. O vhodnosti systému rooming-in bylo seznámeno 30 žen (5%). 34 žen (6%) bylo poučeno o vhodném životním stylu, 32 žen

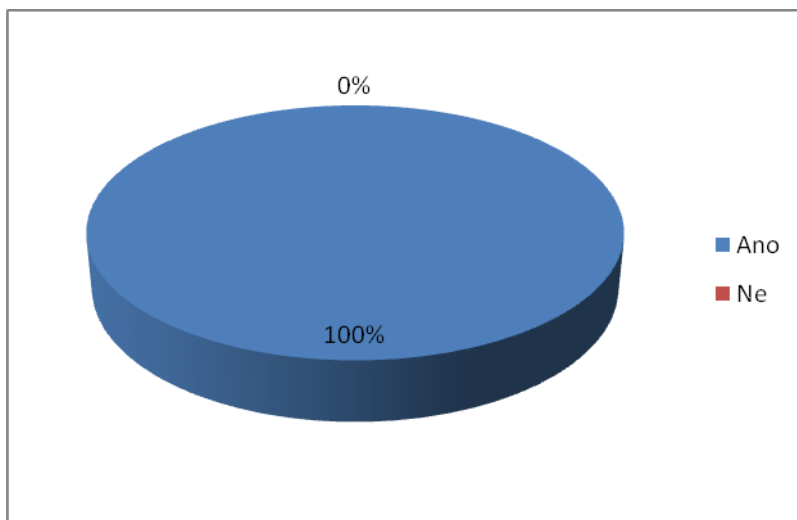
(5%) bylo seznámeno s procesem laktace. Význam mleziva a technika kojení byla vysvětlena 36 ženám (6%). Správné přiložení dítěte k prsu bylo ukázáno na modelu 28 ženám (5%). 32 ženám (5%) bylo doporučeno kojit dítě dle jeho chuti, 36 žen (6%) bylo seznámeno s technikou odstříkávání a správným skladováním mléka. S prevencí a řešením problémů s kojením bylo seznámeno 30 žen (5%), 32 žen (5%) bylo poučeno o nevhodnosti používání dudlíků a lahví. Jen 26 žen (4%) bylo informováno o pozitivních pomoci ze strany partnera a rodiny a 26 žen (4%) bylo seznámeno se skutečností, že kromě mateřského mléka nemusí podávat žádnou jinou stravu a nápoje.

Tabulka 9. Zájem žen o kojení v těhotenství, při neabsolvování kurzu

| | četnosti | procenta | | četnosti | Procenta |
|--------------------------|----------|----------|---|----------|----------|
| Získání informací | 22 | 22% | z internetu | 20 | 36% |
| | | | od kamarádky | 12 | 22% |
| | | | od porodní asistentky, dětské sestry | 4 | 7% |
| | | | od lékaře | 1 | 2% |
| | | | z knih, časopisů | 18 | 33% |
| | | | Celkem | 55 | 100% |
| Ne | 34 | 34% | | | |
| Celkem | 56 | 56% | | | |

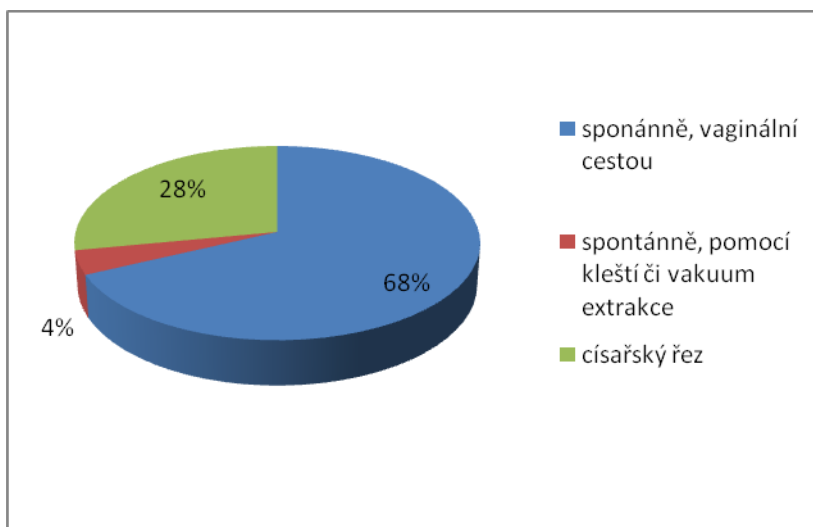
Tabulka je zaměřena na respondenty 56 (56%), které neabsolvovaly předporodní kurz a v těhotenství se zajímaly o kojení. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. Respondentky mohly zaškrtnout více odpovědí. 22 žen (22%) mělo zájem o informace o kojení, z nichž si 20 žen (36%) hledalo informace na internetu, 12 žen (22%) se informace dozvěděly od kamarádky, 4 ženy (7%) byly poučeny od porodní asistentky či dětské sestry, pouze 1 žena (2%) byla poučena od lékaře a 18 žen (33%) si hledalo informace v knihách a časopisech. 34 žen (34%) odpovědělo, že neměly zájem o získání informací o kojení.

Graf 10. Zájem o kojení vlastního dítěte



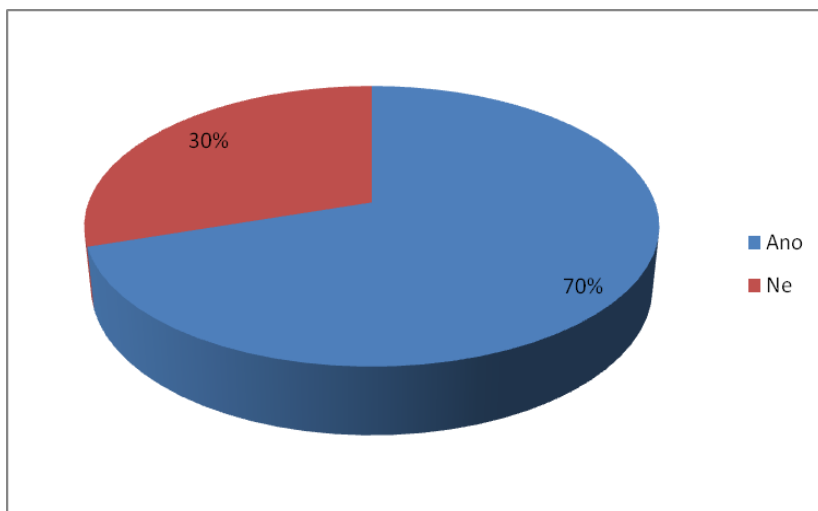
Z celé skupiny respondentek 100 (100%), odpovědělo 100 respondentek (100%) kladně, všechny chtějí své dítě kojit. Záporně neodpověděla žádná respondentka.

Graf 11. Způsob porodu respondentek



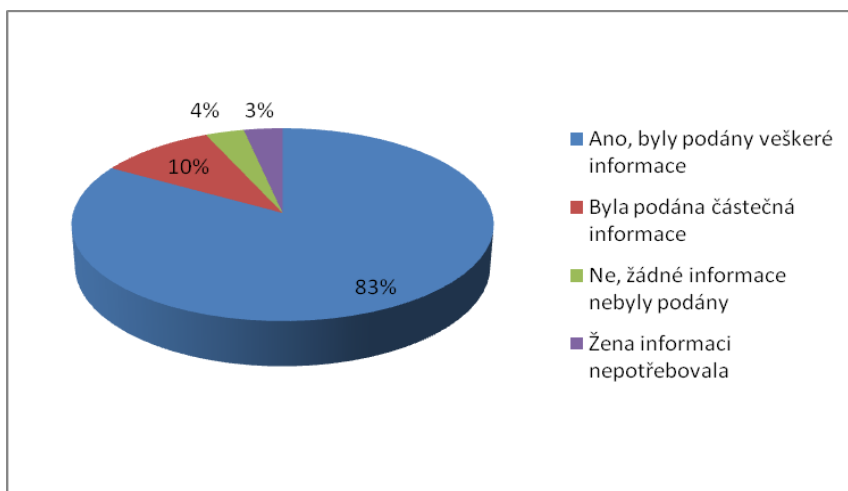
Z celé skupiny respondentek 100 (100%), odpovědělo 68 žen (68%), že porodily spontánně, vaginální cestou. Spontánně, pomocí kleští či vakuum extrakce porodily 4 ženy (4%) a císařským řezem porodilo 28 žen (28%).

Graf 12. Přiložení dítěte k prsu do 1 hodiny po porodu



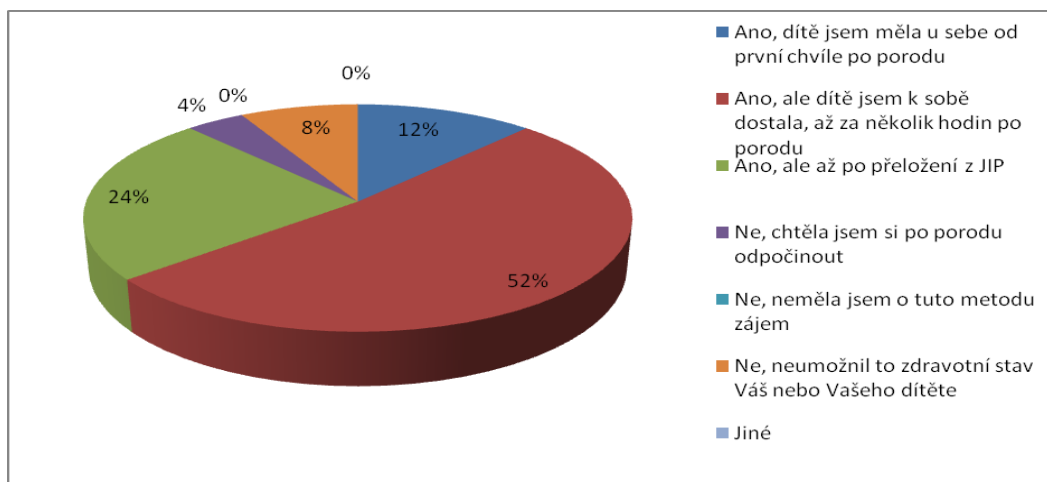
Z celkového množství dotazovaných respondentek 100 (100%) uvedlo 70 matek (70%), že přiložení dítěte k prsu proběhlo do 1 hodiny po porodu. U 30 matek (30%) nedošlo k přiložení dítěte k prsu.

Graf 13. Edukace, jak stimulovat a udržet laktaci, pokud stav matky či dítěte neumožnil přiložení do 1 hodiny po porodu



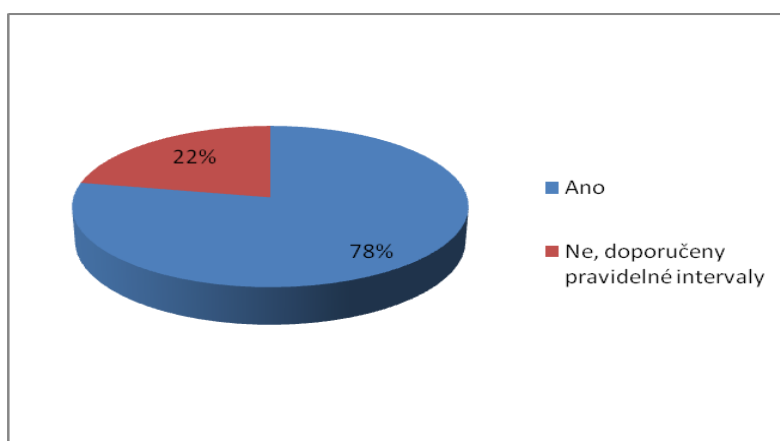
Graf 13 rozvíjí graf 12, odpovídá 30 respondentek (100%), kterým nebylo dítě přiloženo do 1 hodiny k prsu. Z těchto dotazovaných respondentek odpovědělo 25 žen (83%) kladně tzn., že jim byly podány veškeré informace. 3 ženám (10%) byla podána částečná informace, 1 ženě (4%) nebyla podána žádná informace a 1 žena (3%) takovouto informaci nepotřebovala.

Graf 14. Realizace metody rooming-in



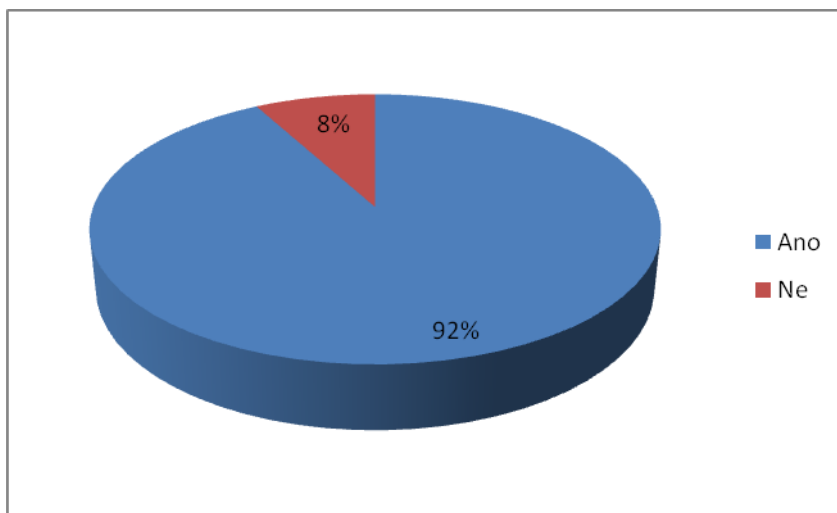
Z celého počtu respondentek 100 (100%) je patrné, že 12 matek (12%) pečovalo o své dítě od první chvíle po porodu. 52 matek (52%) pečovalo o své dítě až za několik hodin po porodu. Po císařském řezu uvedlo 24 matek (24%), že o své dítě mohly začít pečovat až po přeložení z JIP. 8 žen (8%) metodu realizovat nemohlo, neboť to neumožnil stav matky nebo dítěte. 4 ženy (4%) si chtěly po porodu odpočinout a žádná z dotazovaných matek (0%) neodpověděla, že tuto metodu nechce praktikovat. Jiné připomínky nebyly 0%.

Graf 15. Podpora kojení dle potřeb dítěte, bez omezování délky a frekvence



Z celého počtu respondentek 100 (100%) bylo 78 ženám (78%) doporučeno kojit dle potřeb dítěte, bez omezování délky a frekvence. 22 žen (22%) uvedlo, že jim byly doporučeny v kojení pravidelné intervaly.

Graf 16. Ukázka správné techniky kojení



Z celé skupiny respondentek 100 (100%) byla předvedena správná technika kojení 92 matkám (92%). Pouze 8 matek (8%) s tímto nesouhlasilo.

Tabulka 17. Úroveň edukace respondentek o zásadách správné techniky kojení

| | četnosti | procenta |
|---------------------------------|----------|----------|
| Správná a pohodlná poloha matky | 78 | 19% |
| Správná poloha dítěte | 78 | 19% |
| Správné držení prsu | 78 | 19% |
| Správné přisátí dítěte k prsu | 88 | 22% |
| Správné sání dítěte z prsu | 82 | 20% |
| Celkem | 404 | 100% |

100 respondentek (100%) mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. Z celé skupiny respondentek 100 (100%), 82 žen (20%) se dozvědělo, jak má správně dítě sát z prsu, 88 žen (22%) bylo poučeno, jak se dítě správně přisává k prsu, 78 žen (19%) ví, jak se správně drží prsu, 78 žen (19%) ví o správné poloze dítěte, správnou a pohodlnou polohu matky zná 78 žen (19%).

Tabulka 18. Získání informací o správných zásadách kojení

| | četnosti | procenta |
|--------------------|----------|----------|
| Dětská sestra | 76 | 51% |
| Porodní asistentka | 6 | 4% |
| Laktační poradkyně | 64 | 43% |
| Lékař | 4 | 3% |
| Jiná matka | 0 | 0% |
| Celkem | 150 | 100% |

100 respondentek (100%) mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. 76 žen (51%) uvedlo, že informace o kojení byly podány dětskou sestrou, 64 žen (43%) uvedlo, že jim byly informace podány laktační poradkyní, 6 žen (4%) informace podala porodní asistentka, 4 ženám (3%) informace poskytl lékař, informace o kojení od jiné matky neuvedla žádná žena 0 (0%).

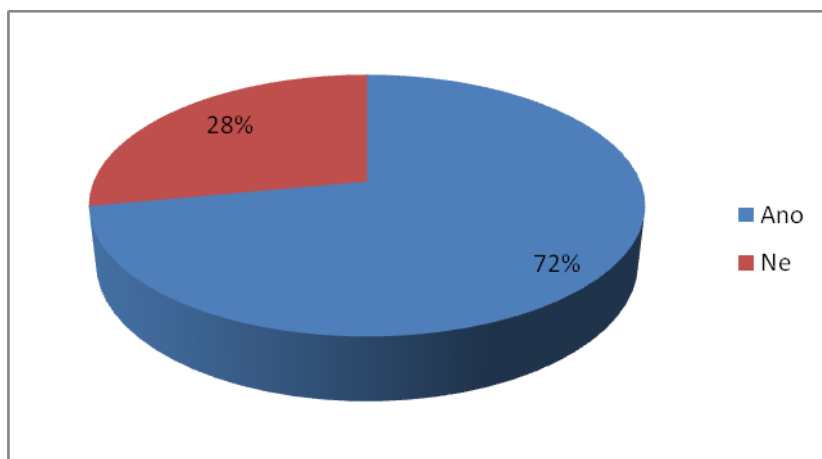
Tabulka 19. Znalost výhod, které přináší kojení

| | četnosti | procenta |
|---|----------|----------|
| Je levnější, než umělá výživa | 90 | 13% |
| Mateřské mléko je ihned k dispozici | 96 | 13% |
| U ženy podporuje rychlejší zavinování dělohy | 62 | 9% |
| Posiluje citovou vazbu mezi matkou a dítětem | 84 | 12% |
| Chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků, osteoporózou | 46 | 6% |
| Dítě chrání před průjmy, infekty dýchacích cest, záněty středouší | 48 | 7% |
| Pro dítě je mateřské mléko nejvyváženější stravou | 86 | 12% |
| Podporuje imunitní systém dítěte | 84 | 12% |
| Chrání dítě před rozvojem alergií, obezity, cukrovky | 66 | 9% |
| Lepší vývoj duševních schopností | 52 | 7% |
| Celkem | 714 | 100% |

100 respondentek (100%) mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. 90 žen (13%) uvedlo, že kojení je levnější, než umělá výživa, 90 žen (13%) zaškrtnulo možnost, že MM je ihned k dispozici, 62 žen (9%) si myslí, že kojení podporuje rychlejší zavinování dělohy, 84 z nich (12%) zaškrtnulo možnost, že kojení posiluje citovou vazbu k dítěti, 46 žen (6%) si myslí, že kojení chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků a vznikem osteoporózy, 48 žen (7%) uvádí, že kojení chrání dítě před průjmy a infekty, 86 žen (12%) si myslí, že je kojení nejvyváženější stravou

pro dítě, 84 žen (12%) zaškrtno možnost, že kojení podporuje imunitu dítěte, 66 z nich (9%) si myslí, že díky kojení je dítě chráněno před rozvojem alergií, obezity a cukrovky, 52 žen (7%) uvedlo, že má dítě díky kojení lepší duševní vývoj.

Graf 20. Výskyt problémů při kojení za pobytu v porodnici



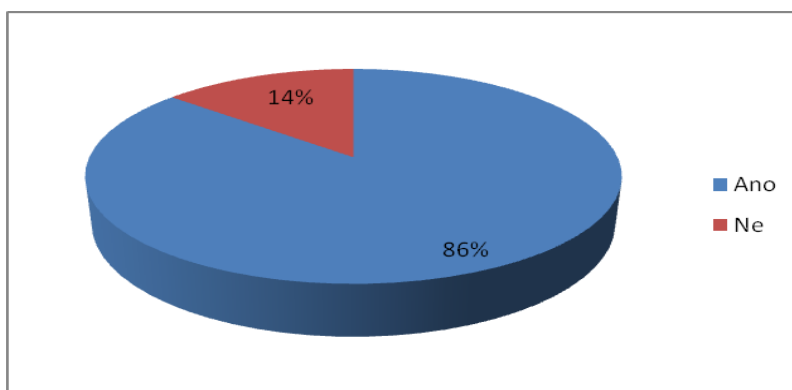
Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%), uvedlo 72 žen (72%), že v porodnici řešily určitý problém při kojení, 28 z nich (28%) uvedlo, že žádný problém při kojení řešit nemusely.

Tabulka 21. Problémy při kojení

| | četnosti | procenta |
|--|-----------|-------------|
| Bolestivé nalití prsů | 36 | 36% |
| Bolestivé a popraskané bradavky | 30 | 30% |
| Neřešený problém špatně formovaných bradavek - ploché, vpáčené | 17 | 17% |
| Zdravotní problémy ze strany dítěte | 6 | 6% |
| Slabý vypuzovací reflex mléka – vlivem stresu, užívání dudlíků | 4 | 4% |
| Silný vypuzovací reflex mléka – dítě se při kojení zalyká, odtahuje se od prsu, po jídle ublinkává | 6 | 6% |
| Jiné | 0 | 0% |
| Celkem | 99 | 100% |

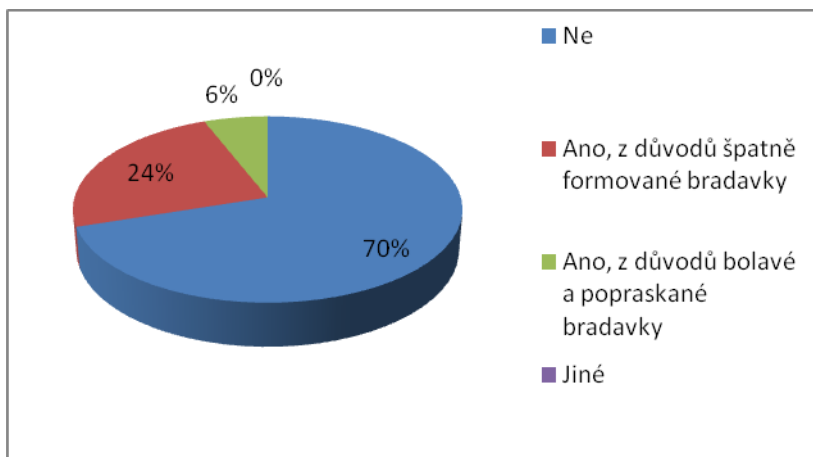
Tato tabulka rozšiřuje graf 20. Odpovídalo 72 respondentek (100%), které měly problémy při kojení. Respondentky mohly zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. 36 respondentek (36%) uvedlo jako nejčastější problém bolestivé nalití prsu, problém bolestivých a popraskaných bradavek uvedlo 30 žen (30%), 17 žen (17%) řešilo problém se špatně formovanými bradavkami, 6 žen (6%) uvedlo problémy ze strany dítěte, slabý vypuzovací reflex řešily 4 ženy (4%), naopak silný vypuzovací reflex byl problémem 6 žen (6%), jiné problémy neuváděla žádná žena 0 (0%).

Graf 22. Vyřešení problému při kojení za pobytu v porodnici



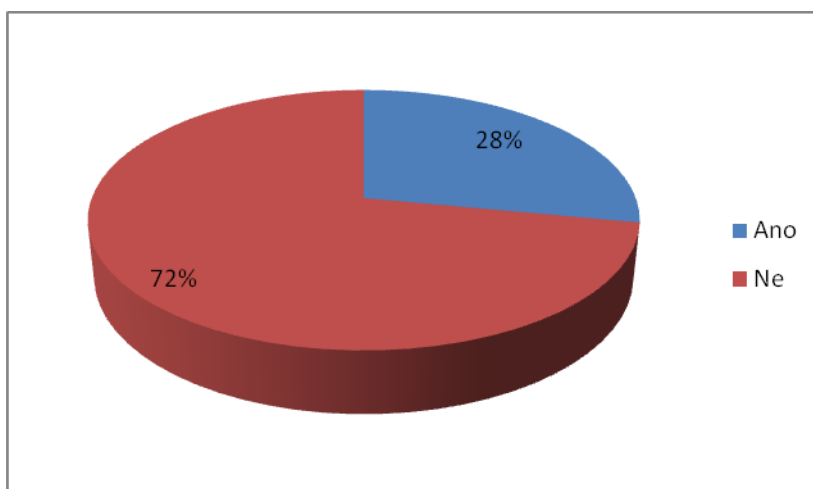
Tento graf navazuje na tabulku 21. Odpovídaly respondentky, které měly problémy při kojení. Ze 72 dotazovaných respondentek (100%), odpovědělo 86 žen (86%), že problém při kojení byl v porodnici vyřešen, 14 žen (14%) tvrdilo, že problém vyřešen nebyl.

Graf 23. Doporučení užívání kloboučků



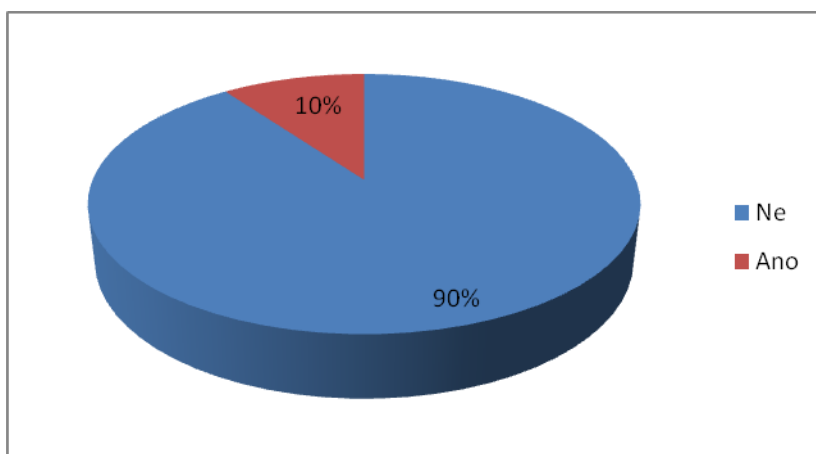
Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%), odpovědělo 70 žen (70%), že jim kloboučky doporučeny nebyly, 24 žen (24%) byly doporučeny z důvodu špatně zformovaných bradavek, 6 žen (6%) byly doporučeny z důvodu bolavých a popraskaných bradavek, jiné připomínky nebyly 0. (0%).

Graf 24. Užívání dudlíků či lahviček v porodnici



Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%) uvedlo 72 žen (72%), že v porodnici neužívaly dudlíky ani lahvičky, 28 žen (28%) je v porodnici užívaly.

Graf 25. Nabídka náhražek mateřského mléka nebo jiné tekutiny, v případě kojeného dítěte



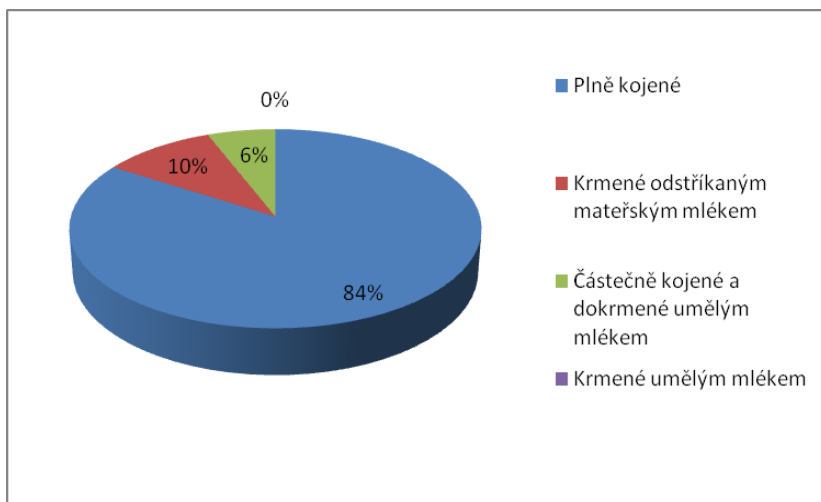
Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%) vyplývá, že 90 matek (90%) nebyla nabídnuta žádná náhražka MM, u 10 matek (10%) jim náhražka byla nabídnuta.

Tabulka 26. Povědomost respondentek o alternativních způsobech krmení dítěte

| | četnosti | procenta |
|------------------------------|----------|----------|
| Krmení pomocí stříkačky | 64 | 49% |
| Krmení lžičkou | 30 | 23% |
| Krmení z kádinky | 8 | 6% |
| Krmení pomocí suplementoru | 16 | 12% |
| Krmení pomocí cévky po prstu | 12 | 9% |
| Celkem | 130 | 100% |

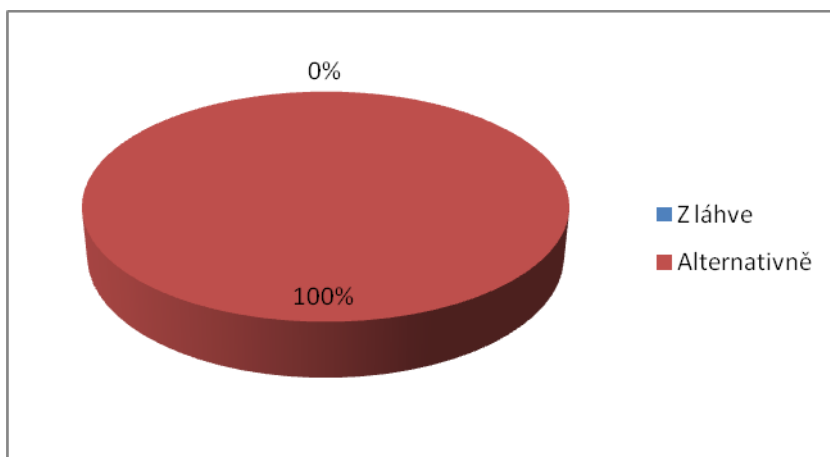
100 (100%) respondentek mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. Z celé skupiny respondentek 100 (100%), odpovědělo 64 žen (49%), že lze dítě krmit pomocí stříkačky, 30 žen (23%) uvedlo, že lze dítě krmit lžičkou, 8 žen (6%) vypsalo možnost krmení dítěte pomocí kádinky, 16 žen (12%) uvedlo, že alternativně lze dítě krmit pomocí suplementoru, 12 žen (9%) odpovědělo, že dítě je možno krmit pomocí cévky po prstu.

Graf 27. Kojené, krmené dítě před propuštěním z porodnice



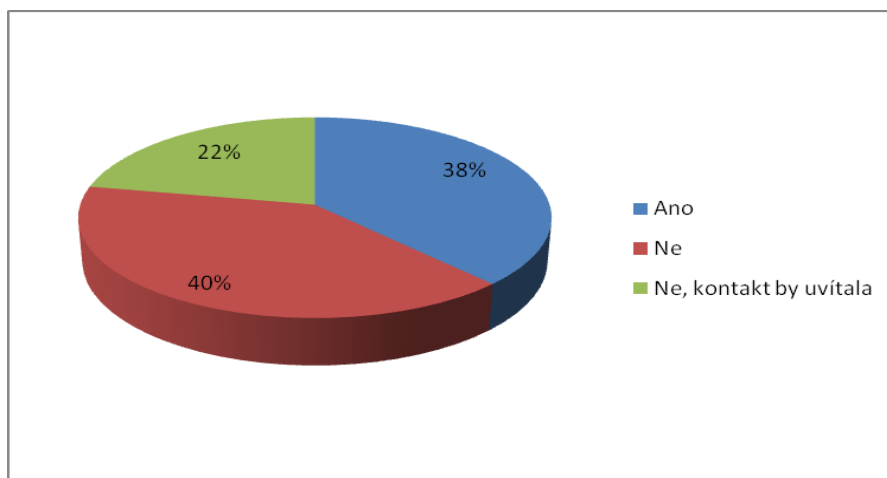
Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%) uvedlo, 84 žen (84%), že při propuštění z porodnice plně kojí své dítě, 10 žen (10%) vybralo možnost krmení odstříkaným MM, 6 žen (6%) při propuštění z porodnice své dítě částečně kojí a dokrmují umělým mlékem, žádná žena (0%) při propuštění z porodnice nekrmí pouze umělým mlékem.

Graf 28. Způsob dokrmu



Graf 28 navazuje na graf 27. Na otázku odpovídaly respondentky, které své dítě dokrmují. 16 respondentek (100%) uvedlo, že krmení praktikují alternativním způsobem, žádná matka (0%) nekrmí své dítě z láhve.

Graf. 29 Poskytnutí kontaktu při propuštění z porodnice



Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%), 38 žen (38%) obdrželo při propuštění z porodnice kontakt, na který se mohly v případě obtíží obrátit, 40 žen (40%) neobdržely kontakt žádný, 22 žen (22%) uvedlo, že kontakt neobdržely, ale rády by takový uvítaly.

Tabulka 30. Možnosti kontaktu

| | četnosti | procenta |
|---|----------|----------|
| Porodní asistentku – z předporodního kurzu, porodnice | 4 | 4% |
| Dětskou sestru – z porodnice | 8 | 8% |
| Laktační poradkyni – z porodnice | 32 | 31% |
| Laktační poradkyni – z terénu | 24 | 23% |
| Horkou linku – poradna působící v dané porodnici | 36 | 35% |
| Organizace podporující kojení – např. mateřská centra | 0 | 0% |
| Celkem | 104 | 100% |

100 (100%) respondentek mělo možnost zaškrtnout více odpovědí. Tabulka znázorňuje četnosti odpovědí. Z celé skupiny respondentek 100 (100%), odpověděly 4 ženy (4%), že obdržely kontakt na porodní asistentku, 8 žen (8%) uvedlo, že obdrželo kontakt na dětskou sestru z porodnice, 31 žen (31%) dostalo kontakt na laktační poradkyni z porodnice, 23 žen (23%) dostalo kontakt na laktační poradkyni z terénu, o možnosti volat horkou linku bylo informováno 35 žen (35%), žádná z žen (0%) nebyla informována o existenci organizací podporující kojení.

Tabulka 31. Spokojenost s personálem v porodnici a jeho podporou v kojení (oznámkováno, jako ve škole)

| | četnosti | procenta |
|---------------|-----------------|-----------------|
| 1 | 60 | 60% |
| 2 | 32 | 32% |
| 3 | 4 | 4% |
| 4 | 4 | 4% |
| 5 | 0 | 0% |
| Celkem | 100 | 100% |

Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%), 60 respondentek (60%) udělilo personálu známku 1, 32 respondentek (32%) udělilo personálu známku 2, 4 respondentky (4%) udělily personálu známku 3, 4 respondentky (4%) udělily personálu známku 4, známka 5 nebyla udělena žádnou respondentkou 0 (0%).

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Rozhovor s respondentkou č. 1

Paní Eva ve věku 24 let, má vystudovanou střední školu, pracuje jako prodavačka v obchodě s drogerií. Je čerstvě rozvedená, bez partnera a v současné chvíli žije společně s rodiči. Ti jsou jí nyní velkou oporou, neboť se nachází v nelehké životní situaci.

Paní Eva byla poprvé těhotná, těhotenství bylo neplánované, ale probíhalo bez potíží. Rodila v termínu porodu, spontánně, vaginální cestou. Porod běžel bez komplikací. Poporodní adaptace paní Evy i právě narozené dcery probíhala v pořádku. V relativně krátkém čase byla dcera přiložena k prsu. S přiložením jí pomáhala dětská sestra, která během přikládání k prsu paní Evu informovala, co se s holčičkou bude dít, až si ji odnese na úsek fyziologických novorozenců (ÚFN). Paní Eva popisuje, jak se dcera k prsu v prvních chvílích nechtěla vůbec přisát, prý stále vyplazovala jazyk a mlaskala. Po chvílce snažení se první přiložení k prsu povedlo a holčička se k prsu přisála. Dále paní Eva uvádí, že si dětská sestra holčičku odvezla na ÚFN a následně se s ní shledala, až po třech hodinách na oddělení šestinedělí. Paní Eva se společně se sestrou domluvila, že by si chtěla po porodu ještě, než jí dceru zavezou na rooming-in, odpočnout.

Na dotaz významu kojení paní Eva odpovídá, že kojení a mateřské mléko je pro dítě hlavně vyváženou stravou, ale zároveň ihned dodává, že kojit svou dceru, pro ni byl nepříjemný zážitek. „V šestinedělí jsem měla opakovaně bolestivě nalité prsy, bolestivé a popraskané bradavky, nevěděla jsem, co mám dělat. Byla jsem naprosto bezradná a rozhodnutá přestat kojit,“ popisuje paní Eva. Dále uvádí, jaké kvůli tomu měla výčitky svědomí, neboť se v těhotenství o kojení vůbec nezajímala. Myslela si, že kojit není žádný problém.

Na konkrétní dotaz, kdo jí s tímto problémem pomohl, uvedla dětskou sestru z ordinace pediatra. „O výhodách a technice kojení jsem dostala od dětské sestry veškeré informace. Bylo mi doporučeno kojit co nejčastěji, dle potřeb dítěte. Dále mi sestřička poradila, abych si před kojením prsy nahřála teplým obkladem a uvolnila

jemnou masáží. Na konci kojení mi doporučila, zasunout malíček do koutku úst dítěte a nechat na bradavce zaschnout pár kapek mléka,“ odpovídá paní Eva.

Přiznává, že i přes veškeré poučení dětské sestry, kojila spíše v pravidelných intervalech a již v porodnici dávala dceři dudlík. S bolestivými bradavkami bojovala až do 5. měsíce věku dcery, kdy začala dceři podávat příkrmy a tím pomalu kojení ukončila.

V kojení ji velmi podporovali, jak zdravotníci v terénu, tak i rodiče.

Na otázku podávání jiné tekutiny během plného kojení paní Eva odpovídá nesouhlasem, nikdy žádné jiné tekutiny ani umělé mléko své dceři nepodávala. Ani se nikdy nesetkala s nikým, kdo by jí nabídl užívání umělého mléka.

Paní Eva po propuštění z porodnice neobdržela žádný kontakt, na který by se v případě obtíží při kojení mohla obrátit, nezná žádnou terénní laktační poradkyni ani žádnou organizaci podporující kojení, ve svém okolí nemá ani žádnou kamarádku, která by byla kojící matkou.

Paní Evě, byla na konci v rozhovoru vysvětlena problematika 10 kroků k úspěšnému kojení a v návaznosti na to, popisuje svůj názor: „Dětská sestřička mi ukázala, jak mám správně dceru přikládat k prsu, jak mám pečovat o prsy, snažila se mi pomoci vyřešit problém při kojení a podporovala mi, abych své snažení nevzdávala. S její péčí jsem byla spokojená Myslím si tedy, že tyto kroky k úspěšnému kojení u mne byly realizovány.

Rozhovor s respondentkou č. 2

Paní Lenka ve věku 30 let, má vystudovanou vysokou školu, pracuje jako učitelka na základní škole. Je šťastně vdaná, žije s manželem a čtyřletou dcerou.

Paní Lenka byla podruhé těhotná. Těhotenství bylo plánované a probíhalo relativně bez problémů, až na drobné krvácení v začátku těhotenství, které paní Lenku přinutilo trávit více času v klidu a proto nastoupila na pracovní neschopnost. Rodila v termínu porodu, spontánně, vaginální cestou. Porod běžel bez komplikací. Celková poporodní adaptace paní Lenky i jejího narozeného syna proběhla v naprostém pořádku. Po porodu byla možnost nechat alespoň 30 sekund dotepat pupečník a následně byl syn položen

paní Lence na prsa, kůží na kůži. Ještě před porodem placenty zkusila dětská sestra přiložit syna k prsu, ten se bez jakéhokoliv problému přisál, napomohl tak ke snadnějšímu odloučení placenty. Chlapečka chtěla mít paní Lenka stále při sobě, a protože měl velmi dobrou adaptaci a na pokoji s nimi byl přítomen manžel, nebyl v tom žádný problém. I další chvíle na oddělení šestinedělí trávili společně.

Na dotaz, jaký má kojení význam, odpovídá paní Lenka: „Kojení je největším darem, který matka může svému dítěti dát. Kojení má mnoho významů: MM je nejvyváženější stravou pro dítě, chrání ho před infekcemi, podporuje imunitní systém, upevňuje citovou vazbu matky a dítěte.“ Protože již paní Lenka kojila svou první dceru, zkušenosti s kojením má. I přesto si hledala nějaké další informace z internetu, knih a byla i na předporodním kurzu, který pořádalo neonatologické oddělení ve FN Plzeň.

V ordinaci jí bylo pediatrem a dětskou sestrou doporučeno kojit co nejdéle, dle potřeb dítěte. „Touto radou jsem se snažila řídit. Můj syn je ještě nyní v půl roce života plně kojen a spolu s příkrmy bych chtěla kojit alespoň do 1,5 roka,“ uvádí paní Lenka.

Na otázku, zda měla paní Lenka v šestinedělí problémy při kojení, odpovídá: „Při první návštěvě pediatrem po porodu, mi byla zkontrolována technika kojení a v případě výskytu obtíží při kojení, poskytnutý telefonní kontakt do ordinace. Myslela jsem si, že jej nebudu potřebovat, protože do té doby jsem žádné potíže neměla. Ty se objevily až v prvním týdnu po porodu, kdy jsem začala řešit silný vypuzovací reflex mléka, při kojení se syn zalykal a následně ublíkával. Takže jsem nakonec kontakt na pediatra využila. Bylo mi doporučeno před přiložením dítěte k prsu mléko odstříkat a v kojení pokračovat až se proud mléka zpomalí. Rada byla cenná a problém vyřešen.“

Šidítka paní Lenka žádná neužívala. V kojení ji podporoval manžel, blízká rodina i pediatr s dětskou sestrou v ordinaci. Ve svém okolí má paní Lenka ještě další dvě kamarádky, které rodily v blízkém termínu a tak drobné detaily v kojení mohly společně konzultovat. Žádné jiné tekutiny ani umělé mateřské mléko svému synovi nepodávala a s příkrmy začala až v půl roce života.

Paní Lence byla na konci v rozhovoru vysvětlena problematika 10 kroků k úspěšnému kojení a v návaznosti na to, popisuje svůj názor: „Když jsem v šestinedělí řešila silný vypuzovací reflex mléka, dokázal mi pediatr vhodnou radou pomoci. Přesto

jsem měla pocit, tím že jsem rodila podruhé a s kojením jsem již zkušenost měla, že mi veškeré postupy byly vyloženy dosti ve stručnosti jako již zkušené matce, která přeci umí kojit. S péčí zdravotníku jsem jinak byla spokojená a myslím si, že kroky k úspěšnému kojení u mne byly realizovány.

Rozhovor s respondentkou č. 3

Paní Veronika ve věku 36 let, má vystudovanou vysokou školu, pracuje jako úřednice na školském úřadě. Je vdaná, žije s manželem.

Paní Veronika byla poprvé těhotná, kdy těhotenství bylo dlouhodobě plánované. Vlivem onemocnění endometriózou došlo k otěhotnění až po několika cyklech umělého oplodnění. Těhotenství jinak probíhalo bez obtíží. Paní Veronika rodila týden před termínem porodu. Uvádí, že porod začal spontánním odtokem vody plodové, ale po nástupu pravidelných kontrakcí se u dítěte začaly objevovat poklesy ozev a proto musel být porod ukončen akutním císařským řezem. Protože se jednalo o akutní stav, musel být císařský řez proveden v celkové narkóze. Narodil se jí chlapeček, který měl horší poporodní adaptaci a tak musel být na 24 hodin přeložen na novorozenecký JIP, k intenzivnější monitoraci. Tím pádem bohužel nedošlo v prvních 24 hodinách k žádnému kontaktu mezi paní Veronikou a jejím synem. První shledání proběhlo až po 24 hodinách po přeložení paní Veroniky z pooperačního pokoje, kdy se za svým synem vydala podívat na novorozenecký JIP, v tu chvíli byl již zdravotní stav jejího syna kompenzován a mohl být následně přeložen na ÚFN. Metodu rooming-in mohli společně praktikovat až od druhého dne po porodu, ale jak paní Veronika popisovala, předešlé ztracené chvíle si hned snažili vynahradit.

Na otázku, jaký má pro paní Veroniku kojení význam, odpovídá ve stručnosti: „Přináší mi naplnění smyslu života.“

O výhodách kojení a technice kojení byla informována na předporodním kurzu, který společně s manželem absolvovali, dále studovala odbornou literaturu a informace si hledala i na internetu.

V terénu byla po propuštění z porodnice informována pediatrem a dětskou sestrou o výhodách a technice kojení, zároveň jí také bylo doporučeno, kojit dle potřeb jejího

syna, bez omezování délky a frekvence kojení. Dále byla edukována o vhodnosti plně kojít do 6. měsíců věku dítěte a s postupným přidáváním příkrmů až do dvou let věku. V šestinedělí ani poté během kojení žádné problémy neměla. Paní Veronika ještě nyní v půl roce života syna plně kojí a spolu s příkrmy by chtěla kojít do 1 roku věku dítěte.

Na otázku zda používá šidítka, odpovídá: „Pediátr mi bylo doporučeno dudlík nepodávat, abych tím nekazila správnou techniku kojení, takže v šestinedělí jsem jej vůbec nepoužívala. Synovi jsem ho začala dávat asi až dva měsíce po porodu.

V kojení je podporována manželem a rodinou. Velkou podporu získala také od dětské sestry a pediatra.

Ještě v těhotenství si našla kontakt na terénní laktační poradkyni, pro případ, že by se vyskytl nějaký problém, ale vzhledem k tomu, že mnoho informací získala právě z ordinace pediatra, její služby nevyužila.

Synovi umělé mléko ani žádné jiné tekutiny nepodávala, ani se nesešla s žádnou propagací. Příkrmy se teprve chystá začít podávat.

Paní Veronice byla na konci v rozhovoru vysvětlena problematika 10 kroků k úspěšnému kojení a v návaznosti na to, popisuje svůj názor: „Domnívám se, že realizace 10 kroků k úspěšnému kojení je dodržována. Nejsem si ovšem jistá, zda to není jen má představa, protože během kojení jsem nemusela řešit sebemenší problém a s celkovou péčí zdravotníků jsem tedy byla naprosto spokojená.

Rozhovor s respondentkou č. 4

Paní Markéta ve věku 32 let, má vystudovanou vyšší odbornou školu, pracuje jako odborná finanční poradkyně. Je vdaná, žije s manželem a dvouletou dcerou.

Paní Markéta již rodila, na další holčičku se moc těšila, i když těhotenství společně s manželem plánovali až za pár let. Těhotenství probíhalo bez potíží, až finále porodu se zkomplikovalo. Paní Markéta rodila týden po termínu porodu a podle ultrazvuku byl u holčičky vypočtený větší váhový odhad. Konec druhé doby porodní proběhl vaginální cestou za pomoci vakuu extrakce. Dcera porod zvládla s dobrou poporodní adaptací a tak mohlo být přiložení k prsu uskutečněno v první půlhodině po porodu. Dceru k sobě na pokoj dostala paní Markéta asi za 3 hodiny po porodu.

Na otázku co pro paní Markétu znamená kojení, odpověděla: „Mateřské mléko je dle mého názoru nejvyváženější stravou pro dítě, podporuje imunitu a při kojení dochází k prohloubení citové vazby mezi matkou a dítětem“.

Znalost techniky kojení si paní Markéta přinesla z prvního porodu, ale dodává: „Byla jsem velmi ráda, že mi vše dětská sestřička v ordinaci znovu a v klidu vysvětlila, protože v porodnici to bylo všechno nějaké hektické. Doporučila mi kojít co nejdéle a vždy podle přání dítěte.“

Paní Markéta dále popisuje, že po šestinedělí musela začít opět pracovat. I když nebyla plně zapojena do pracovního procesu, bohužel i drobné stresové situace se negativně projevíly sníženou tvorbou a slabým vypuzovacím reflexem mateřského mléka. „Dcera začala být neklidná, uplakaná, při kontrole pediatr shledal spíše úbytek než nárůst hmotnosti, tak jsme se společně domluvili na podávání umělého mléka. Stále jsem se snažila kojít a za pomoci sestřičky jsem se naučila podávat dceři umělé mléko alternativní cestou a to pomocí cévky po prsu. Společně s kamarádkou, která své dítě také kojila, jsem vše stále konzultovala. Obě dvě mi velmi psychicky podpořily, protože jsem měla pocit, že jsem jako žena zklamala. Dětská sestřička mi dále doporučila jak obnovit spouštěcí reflex, takže jsem prsy před kojením nahřívala teplým obkladem a mírným tlakem a kroužením jsem prsy promasírovala. Doporučila mi, abych kojila často, z obou prsů a abych se snažila kojít co nejdéle.“

V kojení se jí snažili podporovat všichni, hlavně tedy manžel, nejbližší rodina, zmíněná kamarádka i dětská sestra s pediatrem. K uklidnění holčičky používala šidítka. První příkrm byl podán od 6. měsíce věku dítěte.

Paní Markétě byla na konci v rozhovoru vysvětlena problematika 10 kroků k úspěšnému kojení a v návaznosti na to, popisuje svůj názor: „I přes všechny nezdary v kojení, jsem byla s péčí a ochotou, kterou mi zdravotníci věnovali, spokojená. Velmi mne mrzelo, že jsem musela přistoupit k dokrmu umělým mlékem, ale díky sestřičce z ordinace, která mi pomohla obnovit spouštěcí reflex, jsem mohla alespoň částečně kojít. Myslím si tedy, že ze strany zdravotníků u mne byla snaha o zajištění 10 kroků k úspěšnému kojení dodržena.“

5. DISKUZE

Cílem bakalářské práce na téma současná skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici a v terénu bylo zjistit, zda je těchto 10 kroků k úspěšnému kojení opravdu realizováno. Cílem bylo také zjistit, zda je matkám po porodu umožněno přiložit k prsu své dítě do hodiny po porodu, jak je v terénu zajištěna edukace matek a jaký je názor matek na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu. Práce byla zaměřena na matky po porodu donošených novorozenců.

Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo dotazníkovou formou, která byla určena matkám třetí den po porodu, které porodily své dítě na gynekologicko-porodnické klinice ve FN v Plzni.

Otázky 1 až 4 měly identifikační charakter. Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%) jich 52 (52%) odpovídalo ve věku 26 – 30 let. Z dotazovaných převažují respondentky 44 (44%) s vysokoškolským vzděláním. Nejvíce respondentek 64 (64%) je vdáných. Prvorodičky byly zastoupeny v 54%, což bylo 54 respondentek. Dle těchto výsledků, se mi potvrdil současný trend pro otěhotnění. U žen se díky studiu na vysokých školách, přímou úměrou zvyšuje věk, ve kterém následně rodí. Proto je nejvíce rodičích prvorodiček ve věku 26 – 30 let. Jak uvádí standardní pokyny pro kojení v ČR, ženy se sociálními potřebami, jako jsou právě prvorodičky, mladistvé či svobodné matky nebo ženy s předčasným porodem, by měly dostávat péči a podporu zaměřenou na jejich specifické potřeby. S tímto souvisí i informovanost respondentek o problematice kojení. První informace o kojení by měla žena dostat ještě před porodem. Kolektiv autorů v knize Kojení-Dar pro život uvádí, že příprava na kojení, musí být součástí komplexní prenatální péče.

Dotazem, zda jsou respondentky v těhotenské poradně informovány o problematice kojení, bylo zjištěno, že 42 respondentkám (39%) nebyly poskytnuty žádné informace. 30 respondentkám (28%) byl doporučen předporodní kurz, propagační leták byl nabídnut 24 respondentkám (22%), 6 respondentek (6%) bylo odkázáno na internetové stránky, 4 respondentky (4%) odpověděly, že dostaly veškeré informace o kojení. Pouze 2 (2%) respondentkám byly zkontrolovány prsy a bradavky, propagační leták byl nabídnut 2 respondentkám (2%). Tyto výsledky nám odpověděly na úroveň edukace žen

v těhotenských poradnách. Bohužel v této oblasti jsou značné nedostatky. Zdravotnický personál již v této chvíli hraje významnou roli a měl by mít snahu se ženám věnovat. V ČR platí pro prenatální péči metodická doporučení, jejichž dodržování vede k úspěšné přípravě na kojení. Všechny těhotné ženy by měly být informovány o výhodách a technice kojení. Klimová ve své knize píše, že mezi tato doporučení patří mimo jiné také vyšetření prsů, s důrazem na vpáčené bradavky. Z vlastních zkušeností vím, že se objevují ženy, kterým v těhotenské poradně prsy nebyly zkontrolovány a po porodu bojovaly s plochými či vpáčenými bradavkami.

Dle mého názoru je základním předpokladem pro úspěšné kojení vzdělávání obou budoucích rodičů. Pozitivní vliv mají kurzy předporodní přípravy se zaměřením na kojení. Je vhodné, aby se kurzů účastnil i otec dítěte. Z celkového množství dotazovaných respondentek 100 (100%) navštívilo Předporodní kurz zaměřený na problematiku kojení 44 žen (44%), 56 žen (56%) se předporodního kurzu nezúčastnilo.

44 respondentek, které navštívily předporodní kurz, se spolu s nimi kurzu účastnilo 38 partnerů (86%). Pouze 6 partnerů (14%) předporodní kurz nenavštívilo.

44 respondentek, které navštívily předporodní kurz, bylo 44 žen (8%) informováno, jaké přináší kojení výhody pro dítě. 42 žen (7%) bylo informováno, jaké přináší výhody kojení pro matku. 38 žen (7%) bylo informováno o optimální délce kojení. Důležitost zahájení kojení co nejdříve po porodu bylo vysvětleno 38 ženám (7%). 36 žen (6%) bylo seznámeno s technikou odstříkávání a správným skladováním mléka. Význam mleziva a technika kojení byla vysvětlena 36 ženám (6%). 34 žen (6%) bylo poučeno o vhodném životním stylu. 32 ženám (5%) bylo doporučeno kojit dítě dle jeho chuti. 32 žen (5%) bylo poučeno o nevhodnosti používání dudlíků a lahví. 32 žen (5%) bylo seznámeno s procesem laktace. S prevencí a řešením problémů s kojením bylo seznámeno 30 žen (5%). O vhodnosti systému rooming-in bylo seznámeno 30 žen (5%). Správné přiložení dítěte k prsu bylo ukázáno na modelu 28 ženám (5%). 26 žen (4%) bylo informováno o pozitivních pomoci ze strany partnera a rodiny. 26 žen (4%) bylo seznámeno se skutečností, že kromě mateřského mléka nemusí podávat žádnou jinou stravu a nápoje. 24 žen (4%) bylo informováno o rizicích v případě, že dítě kojit nebudou. Pouze 20 žen (3%) bylo seznámeno s existencí strategie 10 kroků

k úspěšnému kojení. Z těchto odpovědí nám vyplynulo, že ženy po absolvování předporodních kurzů jsou o problematice kojení informovány, leč edukace zdravotníky by mohla být důslednější. Ze svých praktických zkušeností při vedení předporodních kurzů vím, že prvorodičky, které nemají s kojením zkušenosti, opravdu vyžadují individuální péči a potřebují názornou ukázkou, tak aby si veškeré informace o kojení dobře osvojily.

Při sestavování dotazníkového šetření jsme dále chtěli zjistit, zda se 56 žen (56%), které předporodní kurz neabsolvovalo, zajímalo o kojení (viz graf 9). Velmi mne překvapilo, že 34 žen (34%) informace o kojení v těhotenství nevyhledávalo. Informace o kojení hledalo 22 žen (22%), z nichž 20 žen (36%) hledalo informace na internetu, 18 žen (33%) si hledalo informace v knihách a časopisech, 12 žen (22%) se informace dozvěděly od kamarádky, 4 ženy (7%) byly poučeny od porodní asistentky či dětské sestry, pouze 1 žena (2%) byla poučena od lékaře. Je patrné, že se ženy, které předporodní kurz nenavštívily, snaží získat informace z dostupných zdrojů na internetu a v literatuře. Dle mého názoru mají o tuto problematiku větší zájem všeobecně prvorodičky, které se snaží navštěvovat předporodní kurzy a informace hledají právě ze zmiňovaných zdrojů. Víceroodičky většinou čerpají ze svých vlastních zkušeností a proto je jejich zájem o kojení v těhotenství nižší. Jak již vyplynulo z předešlých výsledků, je tedy nutné, aby byl kladen větší důraz na edukaci matek v době těhotenství. Porodní asistentka by měla těhotné ženě podávat informace při všech prenatalních konzultacích a poskytnou jí veškeré informační materiály. Jak uvádí standardní pokyny pro kojení v ČR, tyto materiály by neměly být ovlivněny komerčními zájmy a reklamou.

Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%), na otázku, zda chtějí své dítě kojit (viz graf č. 10), odpovědělo kladně všech 100 respondentek (100%). Myslím si, že je to velmi pozitivní zjištění, neboť potíže či špatné zkušenosti s kojením, mohou leckdy ženu od dalšího kojení do jisté míry odradit.

V otázce 11 jsme se ptali na způsob porodu respondentek. Spontánně, vaginální cestou porodilo 68 žen (68%), pomocí kleští či vakuum extrakce porodily 4 ženy (4%) a císařským řezem rodilo 28 žen (28%). Toto zjištění, odpovídá dlouhodobému trendu vedení porodů na mém pracovišti, na Gynekologicko-porodnické klinice ve FN v Plzni.

Cílem práce by bylo zjistit, zda je ženám po porodu umožněno přiložit své dítě k prsu do hodiny po porodu. Právě ta magická první hodina života dítěte má vliv na intenzivnější stimulaci mateřského mléka. Chvílová Weberová vysvětluje, že společný kontakt kůže na kůži startuje poporodní adaptaci a postupně rozvíjí sociální kontakt dítěte. Dle grafu č. 12 zjistíme, že z celkového množství dotazovaných 100 respondentek (100%), uvedlo 70 matek (70%), že přiložení dítěte k prsu proběhlo do 1 hodiny po porodu. U 30 žen (30%) nedošlo k přiložení dítěte k prsu do 1 hodiny po porodu. Hypotéza 2 byla potvrzena.

Dále jsme se zajímali o to, pokud stav matky či dítěte neumožnil přiložení do 1 hodiny po porodu, zda byly ženy informovány, jak stimulovat a udržet laktaci. Odpovídalo 30 respondentek (100%), 25 žen (83%) uvedlo, že jim byly podány veškeré informace. 3 ženám (10%) byla podána částečná informace, 1 ženě (4%) nebyla podána žádná informace a 1 žena (3%) takovouto informaci nepotřebovala. Schneidrová ve své knize uvádí, matkám, které jsou po císařském řezu či po jiném výkonu ve III. nebo IV. době porodní, by mělo být umožněno totéž do půl hodiny poté, co se probudí z anestezie. Ze svých praktických zkušeností vím, že se zdravotnický personál snaží těmto požadavkům matky i novorozence vyhovět. Bohužel jsou situace, např. právě u matek po císařském řezu, kdy není možné v důsledku pracovní vytíženosti zdravotnického personálu, tyto podmínky dodržet.

Pozitivní vliv na kojení má společný pobyt matky a dítěte 24 hodin denně (rooming-in), (graf č. 14). O vhodnosti praktikování tohoto systému, by měly být matky informovány také při prenatální péči. Pokud by mělo dojít k oddělení matky a dítěte, mělo by to být pouze z vážných zdravotních důvodů. Z celého počtu respondentek 100 (100%) je patrné, že 52 matek (52%) o dítě pečovalo až za několik hodin po porodu. Pokud byly matky po císařském řezu 24 (24%) uvedly, že o dítě začaly pečovat až po přeložení z JIP. 12 matek (12%) mělo dítě u sebe od první chvíle po porodu. 4 ženy (4%), si chtěly po porodu odpočinout. Žádná z dotazovaných matek (0%) neodpověděla, že tuto metodu nechce praktikovat. Dle mého názoru, je metoda rooming-in nejlepší volbou jak pro matku, tak i pro dítě. Vzájemně se co nejdříve sblíží a vybudují si tak mezi sebou pevné pouto. Jen takto společně trávený čas, dokáže matka

využít k neomezené péči o své dítě. Výživa kojením je tak zajištěna podle potřeb a přání dítěte. Z uvedených výsledků vyplývá, že 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení je v nemocnici realizován. Hypotéza 1 byla potvrzena. Výsledek šetření by dále mohl motivovat ošetrovatelský personál ke snaze o zlepšení těchto výsledků.

Strategie 10 kroků k úspěšnému kojení vydaná WHO/UNICEF podporuje kojení dle potřeby dítěte, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu. Z celého počtu respondentek 100 (100%) bylo 78 ženám (78%) doporučeno kojít dle potřeb dítěte, bez omezování délky a frekvence. 22 žen (22%) uvedlo, že jim byly doporučeny v kojení pravidelné intervaly. Zjištěné údaje nám potvrzují realizaci 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení je v nemocnici. Hypotéza 1 byla potvrzena. I v této problematice by zdravotnický personál mohl svou edukaci matek posílit.

Při prvním a následujících kojení by měli zdravotníci sledovat matku a dítě, zda je dítě správně přiloženo a zda účinně saje. Klimová dále uvádí, pokud jde kojení dobře, není nutno zasahovat. Pokud se objeví příznaky potíží, měli by kompetentní zdravotníci matku zkontrolovat, povzbudit a pomoci jí problém vyřešit. Správná technika kojení (graf č. 16) byla vysvětlena a předvedena 92 matkám (92%). 8 matek (8%) uvedlo, že jim správná technika kojení vysvětlena nebyla.

Ze zásad správné techniky kojení bylo 88 žen (22%) poučeno, jak se dítě správně přisává k prsu, 82 žen (20%) se dozvědělo, jak má správně dítě sát z prsu, 78 žen (19%) žen ví, jak se správně drží prs, 78 žen (19%) ví o správné poloze dítěte, správnou a pohodlnou polohu matky zná 78 žen (19%) žen. Výsledky předešlého šetření potvrzují realizaci 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení je v nemocnici. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Zajímalo mne, kdo respondentkám podával informace o správných zásadách kojení. Z celé skupiny respondentek 100 (100%), uvedlo 76 žen (51%), že jim informace o kojení byly podány dětskou sestrou, 64 žen (43%) uvedlo, že jim byly informace podány laktační poradkyní, 6 žen (4%) informace podala porodní asistentka, 4 ženám (3%) informace poskytl lékař.

Ženy kojící své dítě by měly být informovány o všech výhodách, které kojení přináší. 90 žen (13%) uvedlo, že kojení je levnější, než umělá výživa, 90 žen (13%) zaškrtno možnost, že MM je ihned k dispozici, 86 žen (12%) si myslí, že je kojení

nejvyváženější stravou pro dítě, 84 žen (12%) zaškrtnulo možnost, že kojení posiluje citovou vazbu k dítěti, 84 žen (12%) zaškrtnulo možnost, že kojení podporuje imunitu dítěte, 66 žen (9%) si myslí, že díky kojení je dítě chráněno před rozvojem alergií, obezity a cukrovky, 62 žen (9%) si myslí, že kojení podporuje rychlejší zavinování dělohy, 52 žen (7%) uvedlo, že má dítě díky kojení lepší duševní vývoj, 48 (7%) žen uvádí, že kojení chrání dítě před průjmy a infekty, 46 žen (6%) si myslí, že kojení chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků a vznikem osteoporózy. Výsledek šetření nám sděluje informovanost žen o výhodách a technice kojení, což je dalším bodem 10 kroků k úspěšnému kojení, který by nemocnice měla plnit. Bylo pro mne zajímavé zjištění, že výsledek, který nám vyšel v této oblasti, nelze jednoznačně posoudit. Překvapilo mne, že tak málo žen ví o tom, že je kojení chrání před vznikem rakoviny prsu, vaječníků, před osteoporózou a dítě chrání před průjmy, infekty dýchacích cest a záněty středouší. V tomto případě Hypotézu 1 nemohu potvrdit ani vyvrátit.

Ve 20. otázce jsem se ptala, zda respondentky v porodnici řešily problémy při kojení. Z celé skupiny dotazovaných respondentek 100 (100%), uvedlo 72 žen (72%), že v porodnici řešily určitý problém při kojení, 28 z nich (28%) uvedlo, že žádný problém při kojení řešit nemusely.

Na předešlou otázku navazuje konkrétní dotaz, o jaký problém se jednalo. Odpovídalo 72 respondentek (100%), které měly problémy při kojení. Jako nejčastější problém uvedlo 36 žen (36%) bolestivé nalití prsu, problém bolestivých a popraskaných bradavek uvedlo 30 žen (30%), 17 žen (17%) řešilo problém se špatně formovanými bradavkami, 6 žen (6%) uvedlo problémy ze strany dítěte, slabý vypuzovací reflex řešily 4 ženy (4%), naopak silný vypuzovací reflex byl problémem 6 žen (6%).

V neposlední řadě nás zajímalo, zda byly vzniklé problémy úspěšně vyřešeny. Na tuto otázku opět odpovídalo 72 žen (100%), které měly problémy při kojení. 86 žen (86%) odpovědělo, že problém při kojení byl v porodnici vyřešen, 14 žen (14%) tvrdilo, že problém vyřešen nebyl. Vzhledem k tomu, že jsou ženy relativně dobře o problematice kojení edukovány, je podle mého názoru, zjištěný údaj 72% problémů při kojení, opravdu vysoké číslo. Naopak si myslím, že je velmi pozitivní to, že z porodnice odchází s vyřešenými problémy 86% žen.

Mydlilová popisuje důležité zásady, kterými by se měly ženy řídit. Jednou z nich je nevhodnost podávání dudlíků před zahájením kojení, neboť u některých dětí může předčasné podávání dudlíku vadit správnému naučení se techniky sání. Rutinně nedoporučuje ani používání kloboučků či saviček z lahví na bradavky, které by měly vyřešit problémy s bolavými, popraskanými či vpáčenými bradavkami. Kloboučky na bradavky doporučuje používat jen v indikovaných případech – u vpáčených či plochých bradavky a poté, co ostatní pokusy vyřešit problém, selhaly.

Zda bylo respondentkám v porodnici doporučeno užívání kloboučků, zjišťovala otázka č. 23. 70 žen (70%) odpovědělo, že jim kloboučky doporučeny nebyly. Doporučení pro užívání kloboučků při kojení obdrželo 24 žen (24%) a to z důvodu špatně zformovaných bradavek, 6 ženám (6%) byly doporučeny z důvodu bolavých a popraskaných bradavek.

Při zjišťování zda respondentky v porodnici užívaly šidítka, jsme obdrželi tyto odpovědi, 72 žen (72%), v porodnici dudlíky ani lahvičky neužívaly, 28 žen (28%) je v porodnici užívalo. Otázky užívání kloboučků, dudlíků a lahviček byly cíleny pro zjištění dodržování 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici a Hypotézy 1, kterou jsme tímto potvrdili.

Dle strategie 10 kroků k úspěšnému kojení je doporučeno nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě MM, s výjimkou lékařsky indikovaných případů. Z našeho šetření vyplynulo, že 90 matkám (90%) nebyla nabídnuta žádná náhražka MM, u 10 matek (10%) byla náhražka nabídnuta. Tyto výsledky nám odpověděly na to, že 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení je v nemocnici realizován. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Tabulka 26. se týkala alternativních způsobů krmení dítěte. Zajímalo nás, zda jsou matky informovány, v případě nemožnosti kojít, o tomto způsobu krmení dítěte. Ženy mohly vypsát tři možnosti alternativních způsobů krmení dítěte. Nejvíce 64 žen (49%) se shodlo, že lze dítě krmit pomocí stříkačky, 30 žen (23%) uvedlo, že lze dítě krmit lžičkou, 16 žen (12%) popsalo možnost krmení dítěte pomocí suplemetoru, 12 žen (9%) odpovědělo, že dítě je možno krmit cévkou po prstu, 8 žen (6%) vypsalo možnost krmení dítěte pomocí kádinky. Bohužel, k alternativním způsobům krmení dítěte,

mnohdy ženy také připojily krmení z láhve, což pro mne nebylo potěšující zjištění. Proto je velmi důležité klást důraz na edukaci žen i v této oblasti.

Standardní pokyny pro kojení v ČR uvádí statistická zjištění, kde byl podíl dětí plně kojonych při propuštění z porodnice typu BFH v r. 2010 uveden hodnotou 85,37%. Z mého výzkumného šetření se tato hodnota 84 (84%) plně kojonych dětí při propuštění z porodnice také potvrdila. Dále jsem zjistila, že 10 žen (10%) krmilo dítě odstříkaným MM, 6 žen (6%) své dítě částečně kojilo a dokrmovalo umělým mlékem, žádná žena (0%) při propuštění z porodnice nekrmila dítě pouze umělým mlékem.

Na předešlou otázku navazuje konkrétní dotaz, pokud respondentka nekojí, jak praktikuje krmení či dokrm mateřským mlékem/ umělým mlékem (graf č. 28). 16 žen (100%) krmí své dítě alternativním způsobem, žádná matka (0%) nekrmí své dítě z láhve. Uvedený výsledek mne velmi potěšil a je z něj patrné, že edukace matek v této oblasti je v pořádku. Ovšem z mé praxe, znám matky, které i přes úzkostlivou edukaci zdravotníky, krmilo své dítě z láhve.

Velmi důležité je, aby byly matky při propouštění z porodnice poučeny a upozorněny na kontakty, na které se v případě potíží mohou obrátit. Tato pomoc by měla být aktivně nabídnuta, tak aby matka odcházela do domácí péče s vědomím, že o ni a správný způsob kojení mají zdravotníci nadále zájem. Bohužel mé zjištění v této oblasti nebylo příliš pozitivní. 62 žen (62%) při propuštění z porodnice žádný kontakt neobdrželo. Z těchto 62% uvedlo 22 žen (22%), že by takovýto kontakt rády uvítaly, kontakt obdrželo pouze 38 žen (38%).

V tabulce č. 30 mohla dále respondentka uvést, o jaký kontakt se jednalo. 35 žen (35%) bylo informováno o možnosti volat horkou linku, 31 žen (31%) dostalo kontakt na laktační poradkyni z porodnice, 23 žen (23%) obdrželo kontakt na laktační poradkyni z terénu, 8 uvedlo (8%) žen, že obdržely kontakt na dětskou sestru z porodnice, 4 ženy (4%) obdržely kontakt na porodní asistentku z předporodního kurzu/porodnice, o možnosti využití organizací podporující kojení nebyla informována žádná žena (0%). Osobně bych si přála, aby byl ošetrovatelský personál v poskytování kontaktů připravenější.

Na otázku, zda byly respondentky spokojeny s péčí personálu v porodnici a jeho podporou v kojení, jsme obdrželi velmi dobré hodnocení. 60 respondentek (60%) udělilo personálu známku 1, 32 respondentek (32%) udělilo personálu známku 2, 4 respondentek (4%) udělilo personálu známku 3, 4 respondentky (4%) udělilo personálu známku 4, známka 5 nebyla udělena žádnou respondentkou (0%). Pozitivní zpětná vazba je pro naši fyzicky i emočně náročnou práci velmi důležitá. 60% spokojených žen je potěšující, ale stále je zde prostor pro zlepšení ošetrovatelské péče.

Zhodnocení cílů a hypotéz. Zpracované výsledky z grafu 12 Přiložení dítěte k prsu do 1 hodiny po porodu uvádí, že u 70 žen (70%) bylo dítě přiloženo k prsu do 1 hodiny po porodu. Hypotéza 2 byla potvrzena.

Graf 13 Edukace, jak stimulovat a udržet laktaci, pokud stav matky či dítěte neumožnil přiložení do 1 hodiny po porodu, uvádí kladné hodnocení. 77 ženám (77%) byly podány veškeré informace. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Graf 14 Realizace metody rooming-in uvádí, že 88 žen (88%) metodu rooming-in realizovalo. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Graf 15 Podpora kojení dle potřeb dítěte, bez omezování délky a frekvence uvádí, že 78 ženám (78%) bylo doporučeno kojit dle potřeb dítěte, bez omezování délky a frekvence. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Graf 16 Ukázka správné techniky kojení popisuje, že 92 matkám (92%) byla předvedena správná technika kojení. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Tabulka 17 Úroveň edukace respondentek o zásadách správné techniky kojení, více jak 78 respondentek je edukována o zásadách správné techniky. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Tabulka 19 Znalost výhod, které přináší kojení, uvádí výsledek, který nelze jednoznačně posoudit. V tomto případě Hypotéza 1 nebyla potvrzena ani vyvrácena.

Graf 24 Užívání dudlíků či lahviček v porodnici uvádí, že 72 žen (72%) dudlíky ani lahvičky v porodnici neužívaly. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Graf 25 Nabídka náhražek mateřského mléka nebo jiné tekutiny, v případě kojeného dítěte popisuje, že u 90 matek (90%) nebyla nabídnuta žádná náhražka MM. Hypotéza 1 byla potvrzena.

Cílem práce bylo zjistit, zda je skutečně realizováno 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici. Z vlastních zkušeností vím, že na oddělení šestinedělí je na informační nástěnce pro matky po porodu vyvěšen leták s realizací 10 kroků k úspěšnému kojení. Od dětských sester, které pracují na úseku fyziologických novorozenců, jsem informována o tom, že jsou pravidelně školeny v technice kojení a jsou seznámeny s programem 10 kroků k úspěšnému kojení, s propagací a podporou kojení. Také je mi známo, že oddělení fyziologických novorozenců má písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu. Pro mne to v této oblasti bylo zajímavé zjištění a z výsledků vyplívá, že i tyto kroky k úspěšnému kojení jsou plněny.

Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím strukturovaných rozhovorů vedených v terénu plzeňského kraje se čtyřmi matkami šest měsíců po porodu.

První tři otázky měly identifikační charakter. Respondentky (R1, R3) byly prvorodičkami, respondentky (R2, R4) byly druhorodičky. Spontánně, vaginální cestou rodily respondentky (R1, R2), spontánně za pomoci vakuum extrakce rodila respondentka (R4), respondentka (R3) porodila císařským řezem.

Respondentky (R2, R3, R3) byly informovány v průběhu těhotenství o problematice kojení. Respondentka (R1) odpověděla, že v průběhu těhotenství informována nebyla.

Na otázku, zda bylo respondentkám umožněno první přiložení dítěte k prsu do 1. hodiny po porodu, odpověděly respondentky (R1, R2, R4) souhlasem. Pouze respondentce (R3) nebylo umožněno přiložit své dítě k prsu, neboť byl porod ukončen akutním císařským řezem a respondentka byla operována v celkové narkóze. Tento výsledek koresponduje s výsledky šetření u žen v nemocnici.

Všechny dotazované respondentky (R1, R1, R3, R4) byly s metodou rooming-in spokojené. Respondentka (R2) chtěla mít své dítě u sebe od první chvíle po porodu, respondentky (R1, R4) k sobě dostaly dítě, až za tři hodiny po porodu, obě si chtěly po

porodu odpočnout. Respondentka (R3) byla se svým dítětem společně na pokoji, až po přeložení z JIP, kde ležela po císařském řezu.

Dalším šetřením jsme chtěli zjistit, jak ženy posuzují kojení po uplynulých šesti měsících. Zajímalo nás, jestli ženy po vlastní zkušenosti změnily svůj postoj ke kojení. Respondentka (R1) uvedla, že MM přináší dítěti vyváženou stravu, ale pro ni samotnou bylo kojení nepříjemným zážitkem. Dle mého názoru byl tento nepříjemný zážitek způsoben nesprávnou technikou přiložení dítěte k prsu. Respondentka (R2) popsala kojení a výživu MM, jako největší dar pro dítě i ženu. Respondentka (R3) vidí kojení, jako naplnění smyslu života. Respondentka (R4) si myslí, že MM je vyváženou stravou pro dítě, která podporuje imunitu, současně jí kojení přináší výraznější citovou vazbu k dítěti. Matky (R2, R3, R4) vnímaly kojení po porodu jako příjemný zážitek, posuzovaly jej kladně, viděly v něm přínos pro ni i dítě. Všechny přisuzují kojení velký emocionální význam. Matka (R1) díky bolavým a podrážděným bradavkám vnímala kojení jako nepříjemný zážitek.

V další části rozhovoru jsme zjišťovali, zda byly ženy v terénu informovány o výhodách a technice kojení. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4) byly o výhodách a technice kojení edukovány. Respondentka (R1) opakovaně řešila bolestivě nalitá prsa, bolestivé a popraskané bradavky, veškeré informace jak opravit techniku kojení, dostala od dětské sestry. Respondentka (R2) jako druhorodička výhody kojení znala a do jisté míry i techniku kojení, při výskytu obtíží při kojení byla o správné technice kojení poučena pediatrem i dětskou sestrou. Respondentka (R3) byla informována o výhodách a technice kojení pediatrem a dětskou sestrou. Respondentka (R4) si znalost techniky kojení přinesla z prvního porodu, ale byla ráda, že jí dětská sestřička v ordinaci vše znovu a v klidu vysvětlila. Informovanost žen o výhodách a technice kojení je jedním z doporučení pro pediatry. Zjištěné údaje nám potvrzují realizaci 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu.

Všem respondentkám (R1, R2, R3, R4) bylo v terénu doporučeno výlučně kojit své dítě po dobu 6 měsíců po porodu a v kojení pokračovat s postupně převládajícím příkrmem až do dvou let věku dítěte a déle, jak uvádí celosvětový program na podporu, ochranu a prosazování kojení UNICEF/WHO. Dle mého názoru, se jedná o správnou

informovanost žen a z výzkumného šetření vyplívá plnění 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu.

Respondentka (R1) kojila své dítě 5 měsíců. V době našeho rozhovoru tři respondentky (R2, R3, R4) plně kojily již 6 měsíců, z toho jedna respondentka (R2) by chtěla své dítě kojit s postupným přidáváním příkrmů do 1,5 roku věku, další respondentka (R3) by chtěla své dítě kojit s postupným přidáváním příkrmů do 1 roku věku a třetí respondentka (R4) po 6 měsících kojení ukončuje a začíná s podáváním příkrmů. Z mého pohledu byly všechny ženy v terénu dostatečně poučeny o vhodnosti výlučného kojení po dobu 6 měsíců po porodu a všechny se snažily dle svých možností své dítě kojit.

Na otázku ohledně frekvence a způsobu kojení odpověděly všechny respondentky (R1, R2, R3, R4), že kojily po propuštění z porodnice plně, z toho jedna respondentka (R1) odpověděla, že kojila v intervalech bez nutností příkrmu, další dvě respondentky (R2, R3) kojily dle potřeb dítěte, bez omezování délky, frekvence a bez nutnosti příkrmů, poslední respondentka (R4) odpověděla, že po šestinedělí začala kojit částečně a zároveň alternativně dokrmovala umělým mlékem. Dle mého názoru byly všechny respondentky o frekvenci a způsobu kojení řádně poučeny dětskou sestrou a pediatrem a bylo jen na nich, jaký přístup ke kojení zaujmou. Z výzkumného šetření vyplívá plnění 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu.

Problémy při kojení popisovaly tři respondentky. Respondentka (R1) uvedla bolestivé nalití prsů, bolestivé a popraskané bradavky, respondentka (R2) měla problém se silným vypuzovacím reflexem, respondentka (R4) uváděla za problém slabý vypuzovací reflex mléka. Respondentka (R3) žádný problém při kojení neuváděla. Vznik problémů při kojení je do jisté míry individuální, záleží na samotné matce, jak bude daný problém řešit a hlavně na aktivním přístupu zdravotníků se snahou matkám pomoci.

Ve chvíli vzniku problému při kojení se respondentka (R1) obrátila na dětskou sestru z ordinace pediatra, respondentce (R2) byl v případě výskytu obtíží při kojení, poskytnutý telefonní kontakt do ordinace, který následně využila. Respondentka (R4) konzultovala svůj problém při kojení s dětskou sestrou z ordinace pediatra a

kamarádkou. Mydlilová v doporučení pro praktické lékaře pro děti a dorost uvádí hlavní zásady, které by měly být v terénu důsledně plněny, mezi ně patří také umět řešit problémy vzniklé při kojení. Výsledky šetření potvrzují realizaci 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu.

Tři respondentky (R1, R3, R4) používaly u svých dětí šidítka, jen jedna respondentka (R2) odpověděla, že šidítka nepoužívala. Dle strategie 10 kroků k úspěšnému kojení se nedoporučuje dávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka a dudlíky, které by tak mohly kazit správnou techniku kojení. Výsledky šetření nám odpověděly na to, že 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení v tomto případě není úspěšně plněn. Zaráží mne, že z předešlého kvantitativního výzkumného šetření v nemocnici, jsme zjistili užívání šidítek pouze u 28 žen (28%) a nyní u žen v půl roce věku dítěte, jsou to 3 ze 4. Bohužel i má vlastní zkušenost s užíváním šidítek u novorozenců a kojenců je značná. Myslím si, že v této sféře by informovanost žen zdravotníky měla být intenzivnější a bylo by vhodné se tomuto problému věnovat s důrazem.

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4) byly v kojení podporovány jak ze strany rodiny, tak i ze strany zdravotníků v terénu. Myslím si, že psychická podpora ze strany rodiny je velmi žádoucí, stejně tak motivace zdravotníky.

Na otázku ohledně znalosti terénní laktiční poradkyně nebo organizace podporující kojení odpověděly dvě respondentky (R2, R4), že je znají a jsou členkami podpůrné skupiny kojících matek, jedna respondentka (R3) zná ve svém okolí terénní laktiční poradkyni, jedna respondentka (R1) tuto znalost nemá. Dle mého názoru je tato oblast dostupnosti informací, v případě výskytu problému při kojení, značně omezená. Ženy, pokud si samy informace nenajdou, jsou informovány o problematice kojení většinou pouze v ordinaci pediatra.

Respondentky (R1, R2, R3) kojily plně, bez nutnosti podávání jiné tekutiny. Jen jedna respondentka (R4) z důvodů nedostatku MM, musela podávat příkrm. Respondentce (R4) bylo pediatrem doporučeno vzhledem k nedostatku MM, neprospívání dítěte a většímu váhovému úbytku dítěte jí, podat v 1,5 měsíci života dítěte příkrm umělým mlékem. Domnívám se, že mnoho žen nemá trpělivost stimulovat laktaci, správně si upravit techniku kojení a zároveň krmit dítě alternativní cestou ať už

vlastním odstříkaným mlékem, nebo mlékem umělým. Mnohé z nich poté kojení předčasně ukončují. Je otázkou, zda jsou v té chvíli ženy nedostatečně informovány, či je pro ně jednodušší dát svému dítěti lahev s umělým mlékem. Mydlilová v doporučení pro praktické lékaře pro děti a dorost uvádí, že nejčastější příčinou odstavení dítěte je nedostatečná sebedůvěra matky, obavy z nedostatku mléka a předčasné zavedení umělé výživy.

V rozhovoru jsem také zjišťovala, v jakém měsíci věku dítěte byl podán nemléčný příkrm. Tři respondentky (R2, R3), které kojily plně, podaly nemléčný příkrm v 6. měsíci věku dítěte, jedna respondentka (R1), která kojila plně, podala nemléčný příkrm v 5. měsíci věku dítěte. Respondentka (R4), částečně kojila a současně dokrmovala umělým mlékem, podala nemléčný příkrm v 6. měsíci věku dítěte.

V poslední otázce jsem se zaměřila na 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu. Matkám bylo těchto 10 kroků k úspěšnému kojení vysvětleno a cílem bylo zjistit jejich názor na realizaci v terénu. Respondentka (R1) uvedla, že jí dětská sestra ukázala techniku kojení, vysvětlila jak pečovat o prsy a byla jí velkou oporou, ve chvílích, kdy kojení chtěla ukončit. Respondentka (R2) popisovala, jak v šestinedělí řešila silný vypuzovací reflex mléka a jak jí dokázal pediatr vhodnou radou pomoci. Přesto měla pocit, že jí veškeré informace byly podány dosti ve stručnosti, jako již zkušené matce, která přeci kojit umí. Respondentka (R3) si myslí, že nemůže do jisté míry realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení ohodnotit, protože během kojení neměla sebemenší problém a s celkovou péčí zdravotníků tedy byla naprosto spokojená. Respondentka (R4) popisovala, jak jí velmi mrzelo, že musela přistoupit k dokrmu umělým mlékem. Uvedla, že díky dětské sestře v ordinaci pediatra, která jí pomohla obnovit spouštěcí reflex, mohla alespoň částečně kojit.

Po zpracování rozhovorů jsme mohli odpovědět na první výzkumnou otázku: Odpovídá skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu metodickému doporučení dle WHO/UNICEF? Výzkumné šetření v této oblasti ukázalo, že ženy jsou informované o výhodách a technice kojení, je jim doporučeno výlučně kojit své dítě po dobu 6 měsíců po porodu a v kojení pokračovat s postupně převládajícím příkrmem až do dvou let věku dítěte a déle, v terénu jsou ženy podporovány ke kojení podle potřeby

dítěte, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu. Ženy nepodávaly novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, výjimkou byla pouze jedna žena, která podávala umělé mléko z lékařsky indikovaného případu.

Dále nám výsledky šetření odpověděly na to, že 1 z 10 kroků k úspěšnému kojení není úspěšně plněn, jednalo se o užívání náhražek, šidítek a dudlíků.

Byla splněna i hlavní zásada, mezi kterou patří umět řešit problémy vzniklé při kojení.

Druhá výzkumná otázka: Jaký je názor matek na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu, byla také zodpovězena. Všechny respondentky si myslí, že 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu je skutečně realizováno, jedna z nich dodává, že nemůže do jisté míry realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení ohodnotit, protože během kojení neměla žádný problém. Jedna z respondentek měla pocit, že jí veškeré informace o kojení byly podány dosti ve stručnosti. Uvedené respondentky byly s péčí zdravotníků v terénu spokojené.

6. ZÁVĚR

Pro dítě je kojení a plná výživa mateřským mlékem nejdůležitější v období do šesti měsíců života. Mateřské mléko je nenahraditelné z hlediska jeho složení, dostupnosti, podpory imunity a tím dítěti zajišťuje zdravý vstup do budoucího života. Kojení je bez pochyby nejpřirozenějším momentem v životě ženy, je ovšem důležité, aby byly všechny ženy o výhodách a technice kojení informovány. Zde hraje velkou roli zdravotnický personál, zejména porodní asistentky a dětské sestry, neboť ty svým častým kontaktem s ženami, mají významný vliv na jejich edukaci.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici. Cíl byl splněn. Na základě vytyčeného cíle byla stanovena první hypotéza, která zněla, skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v nemocnici odpovídá metodickému doporučení dle WHO/UNICEF. Hypotéza se potvrdila.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda bylo matkám po porodu umožněno přiložit dítě k prsu do hodiny po porodu. Cíl byl splněn. Druhá hypotéza zněla matkám je umožněno přiložit dítěte k prsu do hodiny po porodu. Hypotéza se potvrdila.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zmapovat realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu. První výzkumná otázka byla zodpovězena, odpovídá skutečná realizace 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu metodickému doporučení dle WHO/UNICEF? Matky jsou zdravotníky v terénu informovány o výhodách a technice kojení, o vhodnosti kojení dle potřeby dítěte a v kojení jsou podporovány.

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak je v terénu zajištěna edukace matek, týkající se realizace 10 kroků k úspěšnému kojení. Byla zodpovězena i druhá výzkumná otázka, jaký je názor matek na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu? Všechny respondentky si myslí, že 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu je skutečně realizováno, jedna z respondentek dále dodává, že vzhledem k bezproblémovému kojení, nemůže do jisté míry realizaci ohodnotit a další z respondentek měla pocit, že informace o kojení jí byly podány ve stručnosti.

Na podkladě výsledků bakalářské práce by mohl být pro matky vypracován jednoduchý a ucelený manuál o kojení. Ten by mohly mít matky k dispozici u svého

ošetřujícího gynekologa, v porodnici na ambulanci, na oddělení šestinedělí, nebo by mohl být vytvořen v elektronické podobě, tak aby k němu měly přístup i v pohodlí domova. Výsledek práce může být motivací pro ošetřovatelský personál a může nabídnout prostor pro zlepšení a zkvalitnění ošetřovatelské péče.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. UNICEF. *Naše poslání*. [online] [cit. 1. 2. 2013], Dostupné na <http://www.unicef.cz/co-delame/nase-mise>
2. *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života*. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. 1.vyd., Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.
3. KLIMOVÁ, A. a kol. *Kojení – Dar pro život*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 1998. 101 s. ISBN 80-7169-490-8.
4. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6.vyd., České Budějovice: ZSF JU, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
5. LAKTANÍ LIGA. *Ochrana, propagace a podpora kojení v Evropě: Akční plán*. [online] [cit. 10. 2. 2011], Dostupné na http://www.kojeni.cz/akcni_plan.pdf
6. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví pro všechny v 21. Století*. [online] [cit. 14. 1. 2013], Dostupné na http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
7. *Standardní pokyny pro kojení v ČR*. Praha: Laktační liga, 2011. 60 s.
8. VLÁDA ČR. *Úmluva o právech dítěte*. [online] [cit. 14. 1. 2013], Dostupné na <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/umluva-o-pravech-ditete-42656/>
9. *Kojení: Všechno, co potřebujete vědět*. Praha: Laktační liga, 2008. 30 s.

10. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4.vyd., Praha: Galén, 2009. 685 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
11. SCHNEIDROVÁ, D. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v České republice na konci 90. let*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2005. 131 s. ISBN 80-246-0920-7.
12. PEDIATRIE PRO PRAXI. *Přirozená výživa novorozence – kojení – hlavní zásady*. [online] [cit. 1. 2. 2013], Dostupné na <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200303-0004.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DP%D8IROZEN%C1%20V%DD%AEIVA%20NOVOROZENEC%20%26amp%3B%238211%3B%20KOJEN%CD%20%26amp%3B%238211%3B%20HLAVN%CD%20Z%C1SADY%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
13. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1.vyd., Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
14. GASKIN, I. M. *Průvodce kojením*. Praha: Argo, 2011. ISBN 978-80-257-0483-7.
15. ZÁKONY PRO LIDI. *Porodní asistentka*. [online] [cit. 14. 1. 2013], Dostupné na <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p5>
16. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9
17. STADELMAN Ingeborg, *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 2004. Praha: One Woman Press, 579 s. ISBN 80-86356-31-0.
18. ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd., Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

19. ZACHAROVÁ, E. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi*. 1.vyd., Ostrava: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8
20. ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2.vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
21. FRÜHAUF, P. a kol. *Výživa novorozenců a kojenců – současný pohled*. 1.vyd. Solen Print, s.r.o., 2003. ISBN 80-239-2011-1
22. NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. ISBN 978-80-7071-286-3
23. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-06668-7
24. BURIANOVÁ, I. a kol. *Nové pohledy na výživu novorozenců a kojenců*. 1.vyd. Solen Print, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-903776-8-4
25. ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J.E.P. *Mydlilová – Kojení donošených novorozenců*. [online] [cit. 1. 2. 2013], Dostupné na <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/kojeni.pdf>
26. CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M. *Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*. Brožura. OS Nedoklubko, 2009. 28 s.
27. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1.vyd., Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0.

28. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2010. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
29. GASKIN, I. M. *Zázrak porodu*. 1.vyd., Doubice: One Woman Press, 2010. 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8
30. MROWETZ, M., *Bonding-porodní radost*. 2011. Praha: DharmaGaia, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
31. PAULOVÁ, M. *Kojení*. 1. vydání. Praha: Vašut, 2000. ISBN 80-7236-194-5
32. CMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2.vyd., Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-2142-2
33. SCHNEIDROVÁ, D. a kol. *Kojení: Nejčastější problémy a jejich řešení*. 1. vyd., Praha: Grada, 2002. 117 s. ISBN 80-247-0112-X.
34. WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006. 160 s. ISBN 80-7367-071-2.

8. PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník pro respondentky

Příloha 2 Rozhovor s respondentkami

Příloha 1 Dotazník pro respondentky

Vážená maminko,

jmenuji se Lucie Krezlová a studuji třetí ročník na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor porodní asistence.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku k výzkumu mé bakalářské práce na téma: Současná skutečná realizace 10 - ti kroků k úspěšnému kojení v nemocnici a v terénu. Dotazníkové šetření je anonymní. Pokud není v dotazníku uvedeno jinak, vyberte vždy jednu odpověď, kterou zakroužkujete.

Předem Vám velmi děkuji za spolupráci a ochotu.

1. Kolik je Vám let?

- 16 – 20
- 21 – 25
- 26 – 30
- 31 – 35
- 36 – 40
- 40 a více

2. Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?

- Základní
- Střední odborná škola bez maturity
- Střední škola s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

3. Jaký je Váš současný stav?

- Svobodná
- Vdaná
- Rozvedená

4. Po kolikáté jste nyní rodila?

- Poprvé
- Podruhé
- Potřetí a více

5. Byla jste v těhotenské poradně informována o problematice kojení? (můžete označit více odpovědí)

- Ano, zde jsem se dozvěděla veškeré informace o kojení
- Ano, byl mi nabídnut předporodní kurz
- Ano, byl mi nabídnut propagační leták
- Ano, byly mi zkontrolovány prsy a bradavky

- Ne, byla jsem odkázána na internetové stránky
- Ne, žádné informace mi nebyly poskytnuty

6. Navštívila jste v průběhu těhotenství předporodní kurz, který obsahoval problematiku kojení?

- Ano
- Ne (pokud jste zaškrtnla tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 9.)

7. Účastnil se společně s Vámi kurzu manžel / partner / jiný rodinný příslušník?

- Ano
- Ne

8. Jaké informace o kojení Vám byly v rámci předporodního kurzu poskytnuty?

- Jaké přináší kojení výhody pro matku
- Jaké přináší výhody kojení pro dítě
- Byla mi vysvětlena důležitost zahájení kojení co nejdříve po porodu dítěte
- Informace o rizicích v případě dítěte nekojit
- Informace o existenci strategie 10kroků k úspěšnému kojení
- Byla jsem informována o optimální délce kojení, minimálně po dobu šesti měsíců věku dítěte
- Byla jsem informována o vhodnosti společného pobytu matky a dítěte na pokoji šestinedělí po dobu 24 hodin = systém rooming-in
- Byla jsem poučena o zdravém životním stylu a nevhodnosti kouření, užívání léků a drog v těhotenství a šestinedělí
- Byla jsem seznámena s fyziologií/procesem laktace (tvorby mléka)
- Byl mi vysvětlen význam mleziva
- Byla mi vysvětlena technika kojení
- Správné přiložení dítěte k prsu mi bylo ukázáno na modelu
- Byla jsem informována o optimální délce kojení, minimálně po dobu šesti měsíců věku dítěte
- Bylo mi doporučeno kojit dítě dle jeho chuti bez omezování délky a frekvence
- Byla jsem seznámena s technikou odstříkávání, sbírání a skladování mléka (v případě potřeby, kdy by matka nemohla být s dítětem trvale)
- Byla jsem seznámena s prevencí a řešením problémů s kojením
- Byla jsem poučena o nevhodnosti používání dudlíků a láhví
- Jaká pozitiva přináší pomoc a podpora partnera, rodiny
- Kromě mateřského mléka nepodávat žádnou jinou stravu ani nápoje

9. Pokud jste předporodní kurz neabsolvovala, zajímala jste se v těhotenství o kojení?

- a.) Ano, informace jsem získala (můžete označit více odpovědí)
- Z internetu
 - Od kamarádky
 - Od porodní asistentky, dětské sestry

- Od lékaře
- Z knih, časopisů

b.) Ne

10. Chcete své dítě kojit?

- Ano
- Ne, uveďte prosím proč.....

11. Jakým způsobem jste rodila Vaše dítě?

- Spontánně, vaginální cestou
- Vaginální cestou za pomoci kleští či vakuum extrakce
- Císařským řezem

12. Proběhlo první přiložení Vašeho dítěte k prsu do 1 hodiny po porodu?

- Ano (pokud jste zaškrtnla tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 14.)
- Ne

13. Pokud zdravotní stav Váš nebo Vašeho dítěte neumožnil včasné přiložení k prsu, nebo pokud jste byla v průběhu hospitalizace oddělena od svého dítěte, byla Vám ukázána technika, jakým způsobem stimulovat a udržet laktaci?

- Ano, dostala jsem veškeré informace o stimulaci laktace i odstříkávání
- Dostala jsem částečnou informaci, buď o stimulaci, nebo o odstříkávání
- Ne, nedostala jsem žádné informace
- Informace tohoto charakteru jsem nepotřebovala

14. Byla u Vás praktikována metoda rooming-in? (tj. 24 hodinový pobyt matky a dítěte společně na pokoji)

- Ano, dítě jsem měla u sebe od první chvíle po porodu
- Ano, ale dítě jsem k sobě dostala, až za několik hodin po porodu
- Ano, ale až po přeložení z JIP, kde jsem ležela po císařském řezu
- Ne, chtěla jsem si po porodu odpočinout, tak mi jej v prvních 24 hodinách ke kojení přivázely
- Ne, neměla jsem o tuto metodu zájem, na noc bylo dítě odváženo na novorozenecké odd.
- Ne, neumožnil to zdravotní stav Váš nebo Vašeho dítěte
- Jiné, prosím vypište.....

15. Byla jste v porodnici podporována ke kojení dle potřeb dítěte, bez omezování délky a frekvence kojení?

- Ano
- Ne, bylo mi řečeno, že jsou vhodné pravidelné intervaly

16. Byla Vám v porodnici ukázána správná technika kojení?

- Ano

- Ne

17. Pokud ano uveďte, které zásady jste se názorně dozvěděla (můžete označit více odpovědí)

- Správná a pohodlná poloha matky
- Správná poloha dítěte
- Správné držení prsu
- Správné přisátí dítěte k prsu
- Správné sání dítěte z prsu

18. Kdo Vám tyto informace v porodnici podal? (můžete označit více odpovědí)

- Dětská sestra
- Porodní asistentka
- Laktační poradkyně
- Lékař
- Jiná matka

19. Jaké si myslíte, že přináší kojení výhody? (můžete označit více odpovědí)

- Je levnější, než umělá výživa
- Mateřské mléko je ihned k dispozici
- U ženy podporuje rychlejší zavínování dělohy
- Posiluje citovou vazbu mezi matkou a dítětem
- Chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků, osteoporózou
- Dítě chrání před průjmy, infekty dýchacích cest, záněty středouší
- Pro dítě je mateřské mléko nejvyváženější stravou
- Podporuje imunitní systém dítěte
- Chrání dítě před rozvojem alergií, obezity, cukrovky
- Lepší vývoj duševních schopností

20. Řešila jste v porodnici nějaký problém s kojením?

- Ano
- Ne (pokud jste zaškrtnla tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 23)

21. Pokud ano, jaký? (můžete označit více odpovědí)

- Bolestivé nalítí prsů
- Bolestivé a popraskané bradavky
- Dříve neřešený problém špatně formovaných bradavek (ploché, vpáčené)
- Zdravotní problémy ze strany dítěte
- Slabý vypuzovací reflex mléka – vlivem stresu, užívání dudlíků
- Silný vypuzovací reflex mléka – dítě se při kojení zalyká, odtahuje se od prsu, po jídle ublinkává
- Jiné, vypište prosím.....

22. Byl tento problém v porodnici vyřešen?

- Ano

- Ne

23. Bylo Vám v porodnici doporučeno během kojení, užívání kojících kloboučků?

- Ne
- Ano, protože jsem měla problém se špatně formovanými bradavkami
- Ano, protože jsem měla bolestivé a popraskané bradavky
- Jiné, vypište prosím.....

24. Používala jste v porodnici dudlíky či lahvičky?

- Ano
- Ne

25. Nabídl Vám personál v porodnici náhradu mateřského mléka nebo jiné tekutiny? I když jste své dítě kojila?

- Ne
- Ano, prosím vypište o jakou náhradu/tekutinu se jednalo a z jakého důvodu

.....

26. Dokážete vyjmenovat, alespoň tři možné alternativní způsoby krmení dítěte?

.....

27. Kojíte své dítě při propouštění z porodnice?

- Ano, plně kojím (pokud jste zaškrtnla tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 29.)
- Bylo krmeno odstříkaným mateřským mlékem
- Částečně kojeno a zároveň dokrmeno umělým mlékem
- Ne, dítě bylo krmeno umělým mlékem

28. Pokud své dítě krmíte/dokrmujete mateřským mlékem/umělým mlékem, jakým způsobem to praktikujete?

- Z láhve
- Alternativními způsoby

29. Získala jste při propouštění z porodnice kontakt, na který jste se v případě potíží při kojení mohla obrátit?

- Ano
- Ne
- Ne, ale tento kontakt bych uvítala

30. Pokud ano, na koho jste se mohla obrátit?

- Porodní asistentku – z předporodního kurzu, porodnice
- Dětskou sestru – z porodnice
- Laktační poradkyni – z porodnice
- Laktační poradkyni – z terénu

- Horkou linku – poradna působící v dané porodnici
- Organizace podporující kojení – např. mateřská centra

31. Byla jste spokojená s personálem a jeho podporou kojení v porodnici, kde jste rodila? (oznámkujte jako ve škole)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Zdroj: vlastní

Příloha 2 Rozhovor s respondentkami

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jaký je Váš současný stav?
4. Po kolikáté jste rodila?
5. V jakém týdnu těhotenství jste rodila?
6. Jakým způsobem jste rodila?
7. Vyskytly se při porodu či po něm nějaké komplikace? U Vás či u dítěte?
8. Kdy po porodu proběhlo první přiložení Vašeho dítěte k prsu?
9. Byla u Vás praktikována metoda rooming-in? (tj. 24 hodinový pobyt matky a dítěte na pokoji)
10. Co pro Vás kojení znamená?
11. Byla jste informována o výhodách a technice kojení?
12. Jak dlouho Vám bylo doporučeno plně kojit? Jak dlouho jste kojila, či jak dlouho plánujete kojit?
13. Jak často a jakým způsobem doma kojíte/jste kojila?
14. Máte/měla jste v průběhu šestinedělí nějaké problémy při kojení? A kdo Vám pomohl?
15. Používáte/používala jste šidítka?
16. Jste/byla jste v kojení podporována?
17. Znáte ve svém okolí nějakou terénní laktační poradkyni, organizaci podporující kojení – např. mateřská centra, či nějakou podpůrnou skupinu kojících matek?
18. Podáváte/podávala jste v průběhu plného kojení dítěti nějakou jinou tekutinu než mateřské mléko?
19. Nabídl Vám někdo možnost podání umělé výživy?
20. V kolika měsících věku dítěte jste začala podávat nemléčný příkrm?
21. Jaký je Váš názor na realizaci 10 kroků k úspěšnému kojení v terénu?

Zdroj: vlastní