



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Dopad problematického kojení na psychiku ženy

Vypracovala: Hana Melánová, DiS.  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

Bakalářská práce pojednává o problematice kojení a jeho komplikacích v souvislosti s psychikou ženy. Teoretická část obsahuje dvě hlavní oblasti. V první je popsána fyziologie laktace, zásady zahájení kojení po porodu tak, aby byl zajištěn co nejoptimálnější start i další průběh laktace, a také nejčastější problémy, které mohou při kojení nastat. Druhá oblast se zaměřuje na psychiku žen po porodu a rozebírá poporodní psychické poruchy.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývala zkušenostmi žen s problematickým kojením v souvislosti s jejich psychikou. Byly stanoveny dva základní cíle. Prvním cílem bylo zjistit dopad problematického kojení na psychiku ženy a druhým cílem bylo zjistit, s kým ženy řeší problémy s kojením. Na základě těchto dvou cílů vplynuly dvě výzkumné otázky. První zjišťovala, jakým způsobem ovlivňuje psychiku ženy problémové kojení. Druhá, s kým ženy řeší problémové kojení a kde hledají pomoc.

K provedení výzkumného šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru. Byla provedena obsahová analýza a poté zpracování získaných dat kategorizací. Odpovědi respondentek byly uspořádány do jedné kategorie (Způsob výživy – Kojení) a osmi podkategorií (Volba způsobu výživy, Názor rodiny, Informovanost žen, Příprava na kojení, Průběh kojení, Přístup S/PA, Problémy při kojení, Pocity žen). Nejpodstatnější skutečnosti respondentek byly pro přehlednost zpracovány do schémat a kategorizačních tabulek. V popisu výsledků byly také použity přímé výpovědi respondentek. Výzkumný soubor tvořily ženy v období 6 měsíců po porodu, u kterých se objevily problémy s kojením. Všech 8 oslovených žen dobrovolně souhlasilo s účastí na výzkumu. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí žen v předem dohodnutém termínu během měsíce března 2015. Ženy pocházely z okresu Strakonice, Prachatice a Písek.

Z výzkumného šetření vplynulo, že ženy jsou si vědomy výhod, které kojení přináší, a proto také preferují kojení jako nejlepší způsob výživy svého dítěte. Většinou ale přípravu na kojení podceňují již v těhotenství a na případné komplikace jsou tak

méně připraveny. Tato práce ukázala, že psychika ženy po porodu je velice křehká a problémové kojení, kdy matky nemohou adekvátně a plnohodnotně nakrmit své dítě mateřským mlékem, je situace, která má negativní dopad na jejich psychický stav. Ženy téměř shodně odpovídaly, že měly pocit selhání, což bylo provázeno zklamáním, smutkem, beznadějí, vyčerpáním, stresem apod. Dalo by se říci, že míra psychických potíží byla přímo úměrná touze po dlouhodobém kojení dítěte. Z rozhovoru s respondentkami vyplynulo několik faktorů, které negativně ovlivnily průběh laktace, jako zanedbání teoretické i praktické přípravy na kojení již v těhotenství a z toho plynoucí nedostatek informací o kojení u žen, nedostatečná podpora zdravotníků v porodnici, přehnané nároky na kojící ženy nebo nešetrná komunikace s matkami, neodborná pomoc při překonávání obtíží po propuštění z porodnice a také nedostatečná podpora ze strany rodiny. Řešení spočívá zejména v informovanosti žen a jejich rodin, v podpoře sebevědomí žen již od těhotenství, v prevenci možných problémů a v kvalitním laktačním poradenství ať v porodnicích nebo v domácím prostředí.

V otázce, s kým ženy řeší problémové kojení a kde hledají pomoc, ženy uváděly téměř všechny dostupné zdroje. Pouze jedna respondentka uvedla, že problém se snažila vyřešit sama bez cizí pomoci. Ostatní respondentky hledaly více možností. Vždy řešily problém s odborníkem, ať již se sestrou nebo porodní asistentkou v porodnici, praktickým lékařem pro děti a dorost nebo laktačním poradcem. Současně hledaly informace v publikacích, na internetu, u kamarádek či příbuzných. Ačkoliv problémy s kojením konzultovaly s odborníky, ne vždy se setkaly s pochopením, a to zejména na úseku nemocniční péče. Praktičtí lékaři pro děti a dorost pak většinou volili jako způsob řešení problematického kojení podání umělé výživy. Výsledky také ukázaly, že povědomost žen o laktačním poradenství je nedostatečná a návaznost pomoci pro kojící ženy po propuštění z porodnice příliš nefunguje. Laktační poradenství se ukazuje v tomto směru jako nejvhodnější možnost zvládnutí problému s kojením, nicméně ženy s ní nebyly příliš obeznámeny.

I když je kojení ve společnosti stále více propagováno, ženy znají jeho důležitost a volí ho jako nejvhodnější výživu pro své dítě, informace, které dostávají, stále ještě

nejsou tak komplexní, jak by bylo potřeba. Je nutné dále vzdělávat jak těhotné a kojící ženy a jejich rodiny, tak zdravotnický personál, který s nimi přichází do styku.

**Klíčová slova:**

Kojení

Mateřské mléko

Porodní asistentka

Problémy při kojení

Psychika

## **Abstract**

The Bachelor thesis deals with the issue of breastfeeding and consequential complications in connection with women's psyche. The theoretical part consists of two main areas. In the first one the physiology of lactation is described, the principles of initiation of breastfeeding after a birth so as to ensure the optimal start and further course of lactation and also the most common problems that may occur during breastfeeding. The second area focuses on the psyche of women after childbirth and deals with the psychological disorders.

The research part of the Bachelor's thesis dealt with the experience of women with problematic breastfeeding in relation to their body. There were set two basic objectives. The first one was to determine the impact of the problem with breastfeeding on the psyche of women and the second one was to find out, whom women solve problems with breastfeeding with. Two research questions came out of these two goals. The first examined the manner how breastfeeding problems affect the psyche of women. The second, with whom women address the problem of breastfeeding and where they usually seek for help.

For the implementation of the research investigation was used the method of qualitative research investigation. Data collection was carried out by a structured interview. The content analysis was performed, then the processing of the acquired data was made by categorization. The answers of respondents were arranged in one category (The way of Nutrition-Breastfeeding) and 8 subcategories (the choice of the way of nutrition, family, Opinion, women's Awareness, a preparation for breastfeeding, a breastfeeding, an access to Course/PA, breastfeeding problems, feelings of women). The most important fact were processed for clarity to diagrams and categorization tables. In the description of results direct testimony of respondents were used. Research file consists of women in a period of 6 months after childbirth, where problems with breastfeeding appeared. All 8 women voluntarily agreed to participate in this research. The talks took place in the domestic environment of women in the agreed time during

the March 2015. The women came from the District of Strakonice, Prachatice and Písek.

From the research investigation it is obvious that women are aware of the benefits that breastfeeding brings and therefore they prefer breastfeeding as the best way of a child's nutrition. But the preparation for breastfeeding is often underestimated already in the pregnancy, thus women are not prepared to any complications. This work showed that the psychology of women after childbirth is very fragile and problematic breastfeeding, when mothers cannot adequately and fully feed their babies with breast milk, is a situation that has a negative impact on their mental state. Women almost identically felt that as their failure, which was accompanied by disappointment, sadness, hopelessness, exhaustion, stress, etc. One could say that the rate of psychological problems was directly proportional to the desire for long-term breastfeeding of a child. The interview with respondents revealed several factors that negatively affected the course of lactation as a lack of theoretical and practical training on breastfeeding in pregnancy, information about breastfeeding in women in general, a lack of support from health care professionals in maternity hospitals, exaggerated expectation from nursing women or improper communication with the mothers in case of an assistance in overcoming the difficulties after the release from the hospital and also a lack of support from the family side. The solution lies in particular in the awareness of women and their families, support of self esteem of women during pregnancy, the prevention of potential problems and high-quality breastfeeding advice either in a maternity hospital or in a home environment.

When women faced an issue of breastfeeding and looked for help, all of them mentioned they used almost all the available resources. Only one respondent said that she tried to tackle the problem on her own. The other respondents looked for more options. They always addressed the problem with a specialist, i.e. with a midwife assistant in maternity hospital, general practitioner for children and adolescents, or a breastfeeding advisor. At the same time they looked for information in publications, on the Internet, with friends or relatives. Although they consulted their problems with breastfeeding experts, they do not always encounter an understanding from their side,

especially in the field of a hospital care. General practitioners for children and adolescents mostly voted for a submission of an artificial nutrition as a solution of the breastfeeding problems. The results also showed that the awareness of women on breastfeeding counselling is inadequate and continuity of a support for breastfeeding women after their release from the hospital does not work well. Lactation consultancy is considered as the best option to deal with problem but women are not too familiar with it.

Although breastfeeding is in society more and more promoted, women know its importance and elect it as the best nutrition for your child, the information that they receive, are still not as comprehensive as would be needed. It is necessary to further educate pregnant and nursing women and their families, medical staff, which comes into contact with them.

**Keywords:**

Breastfeeding

Mother's milk

The midwife

Problems while breastfeeding

Psyche

## **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 paragrafem 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. 2015

.....

Hana Melánová



## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za pomoc při zpracování této bakalářské práce, za její rady a připomínky.

Velmi děkuji celé své rodině za trpělivost a podporu při studiu, zejména manželovi a svým dětem.

## Obsah

Úvod .....	13
1 SOUČASNÝ STAV .....	14
1.1 Fyziologie laktace .....	14
1.2 Význam kojení pro matku a dítě .....	15
1.3 Zásady úspěšného kojení .....	17
1.3.1 Příprava na kojení v těhotenství .....	18
1.3.2 Kojení po porodu .....	19
1.3.3 Role porodní asistentky v podpoře kojení .....	20
1.4 Překážky v kojení, problémy ze strany matky a dítěte .....	22
1.4.1 Problémy s bradavkami .....	22
1.4.2 Problémy s prsy .....	24
1.4.3 Problémy s množstvím mléka .....	26
1.4.4 Problémy s uvolňováním mléka .....	28
1.4.5 Problémy u dítěte .....	29
1.4.6 Onemocnění matky a dítěte .....	30
1.5 Psychika ženy v období laktace .....	31
1.5.1 Poporodní psychické poruchy .....	33
1.5.2 Role porodní asistentky v podpoře psychiky ženy po porodu .....	35
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
2.1 Cíle práce .....	37
2.2 Výzkumné otázky .....	37
3 METODIKA .....	38

3.1 Metodika a technika výzkumu .....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	39
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	40
4.1 Kategorizace dat .....	40
5 DISKUSE .....	57
6 ZÁVĚR .....	66
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	68
8 PŘÍLOHY .....	72
8.1 Seznam příloh .....	72

## Seznam použitých zkratek

tzv. – takzvaný

apod. – a podobně

např. – například

kol. – kolektiv

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

HTLV I, II – Human T-lymphotropic virus type I, II (lidský T-lymfotropní virus)

HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

TBC – tuberkulóza

SŠ – střední škola

VŠ – vysoká škola

ZŠ – základní škola

S – sestra

PA – porodní asistentka

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

## Úvod

*„Kojení je právem ženy i dítěte.“*

*(Laktační liga)*

Narození dítěte je tím největším zázrakem v lidském životě. Od prvního okamžiku, kdy je přestřižena pupeční šňůra, se stává samostatnou bytostí, byť zcela závislou na svém okolí, zejména na matce. Na ní záleží, pro jakou výživu svého dítěte se rozhodne.

Mateřské mléko je bezpochyby to nejlepší, co matka může svému dítěti dát. V dnešní době je kojení tak medializované a propagované, že málokterá žena neslyšela o jeho přednostech a výhodách. Většina z nich se také rozhodne své dítě po porodu začít kojít. Dle statistik laktační ligy z porodnice odchází zhruba 90 % dětí plně kojeno, avšak v 6 měsících je to pouze čtvrtina. Laktace je složitý proces a žena je v tomto období nesmírně citlivá, takže každý nezdar či problém může nastartovat začarovaný kruh, ze kterého je nakonec východiskem podání umělé výživy dítěti. Tento fakt mohou ženy nést často jako osobní selhání. Je to způsobeno i tím, že tlak veřejnosti i zdravotníků na matky v oblasti kojení dítěte je veliký. V poporodním období, období hormonální dysbalance, to je veliká zátěž na psychiku ženy.

Na problematiku kojení jsem narazila při svém studiu a výkonu profese porodní asistentky a také z pozice matky. Zajímá mě nejen z pohledu fyziologie laktace, ale také v souvislosti s psychikou ženy. Proto jsem se snažila toto téma rozebrat detailněji.

Ve výzkumné části této bakalářské práce bych chtěla prostřednictvím rozhovorů se ženami zjistit, jak se problematické kojení odráží na jejich psychickém stavu a na koho se obrací při řešení této situace.

Tato práce může být využita jako informační materiál pro porodní asistentky i kojící ženy.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Fyziologie laktace

Laktace je tvorba a vylučování mateřského mléka mléčnými žlázami uloženými v prsech na přední straně hrudníku. Mléčná žláza je tvořena 15-20 laloky, v každém z nich jsou alveoly s vývodními cestami, které se postupně spojují v mlékovody ústící na bradavce. Kolem mléčné žlázy je uložena tuková tkáň. Velikost žlázy a množství tukové tkáně určuje velikost a tvar prsu (1, 2).

Mléčná žláza se vyvíjí od 6. týdne embryonálního vývoje až do porodu, již u novorozenců se může pod vlivem mateřských hormonů tvořit mléko. Poté je žláza v klidovém období až do začátku produkce pohlavních hormonů během dospívání a s každým menstruačním cyklem se zdokonaluje zhruba do 30 let věku ženy. V průběhu dospívání tedy u dívek dochází ke zvětšení mléčné žlázy, ukládání tuku v této oblasti, vyklenutí prsů a pigmentaci dvorce s bradavkou. K dalšímu intenzivnímu vývoji dochází během těhotenství. Spolu s vývojem plodu v děloze probíhá i příprava mléčné žlázy za účelem zajištění výživy dítěte po porodu. Prs se výrazně zvětšuje, pod vlivem gestagenů a estrogenů narůstá žlázová tkáň i vývodné cesty. V těhotenství se tyto vývody za dvorcem rozšiřují v tzv. sinusy, ve kterých se mléko shromažďuje (3, 4).

Mléko v mléčné žláze je tvořeno jejími žláзовými buňkami. Jeho produkci zajišťuje hormon předního laloku hypofýzy prolaktin, který se tvoří od počátku druhého trimestru a jehož hladina postupně stoupá až do prvního týdne po porodu. To se v těhotenství může projevit sekrecí malého množství mleziva. Plná produkce mléka je však blokována vysokou hladinou estrogenu a progesteronu. Až jejich strmý pokles po porodu umožní spuštění laktace (1). Významný vliv na kojení má také hormon zadního laloku hypofýzy oxytocin. Jeho produkce je vyvolána mechanickým drážděním prsních bradavek při sání. Oxytocin působí na vypuzování mléka při kojení kontrakcemi myoepiteliálních buněk mlékovodů, tzv. ejekční nebo let-down reflex (5, 6). Tento nepodmíněný reflex se postupně mění na podmíněný a k sekreci oxytocinu pak postačí slyšet pláč dítěte, pohled či jen pouhá vzpomínka na ně (3). Oxytocin působí i na buňky

děložního svalstva. Za porodu způsobuje děložní kontrakce, pomáhá odloučení a vypuzení placenty ve třetí době porodní a v šestinedělí má vliv na zavinování dělohy. Vylučování prolaktinu i oxytocinu je pozitivně ovlivněno přiložením dítěte k prsu co nejdříve, nejdéle do 2 hodin po porodu, kdy jsou hladiny těchto hormonů nejvyšší a také hledací a sací reflexy dítěte jsou obzvláště silné. Tím se podpoří tvorba mléka. V následujícím období platí, že čím častěji a déle dítě pije, tím více mléka se tvoří (5, 7).

Složení mateřského mléka se neustále mění podle stáří dítěte a jeho potřeb v různých podmínkách a obdobích. Proto je také jeho vzhled odlišný v různých věkových etapách, během dne i v průběhu jednoho kojení. V prvních dnech mléčná žláza produkuje malé množství kolostra. Je to hustá nažloutlá tekutina obsahující více bílkovin a méně tuků a cukrů než zralé mléko. Velmi hodnotné jsou v něm obsažené vitamíny a obranné látky, které chrání novorozence před mnoha mikroorganismy a škodlivými látkami, proto je pro něj velmi cenné i v malém objemu (5, 7). 2. – 3. den se kolostrum mění na přechodné mléko, stoupá produkce mléka a mění se jeho složení. Zvyšuje se podíl tuků a cukrů a snižuje se obsah bílkovin. Celkově je mléko energeticky bohatší. Tento vývoj směřuje k produkci zralého mléka, které se tvoří asi po 11 dnech po porodu. Obsah tuků se ještě zvýší a obsah bílkovin sníží, množství cukrů zůstává stejné jako u přechodného mléka. Energetický obsah se zvyšuje (7, 8, 9). Obsah živin zralého mléka se mění i během jednoho kojení. Dítěti se nejprve dostává méně tučné přední mléko bohaté na vodu a cukr na ukojení žízně, teprve pak zadní mléko na hlad, které je tučnější, energeticky bohatší a obsahuje ve větší míře i vitamíny rozpustné v tucích. V průběhu dne je pak v mléce nejvariabilnější množství tuků, nejvíce je ho pozdě odpoledne (5, 9).

## **1.2 Význam kojení pro matku a dítě**

Kojení je právem dítěte i ženy. Ve srovnání s umělou výživou, má mnoho výhod a představuje pro matku i její dítě přirozený a nenahraditelný způsob výživy. Doposud

žádná průmyslově vyráběná mléčná strava svým složením nepředčí mateřské mléko, nehledě na pozitivní dopad v oblasti psychického, citového a sociálního rozvoje. Nezanedbatelné jsou také jisté ekonomické výhody. Kojení je ve srovnání s podáváním umělé výživy nesrovnatelně levnější. Matka nepotřebuje speciální pomůcky pro přípravu a podávání stravy, nevznikají odpadky. Mateřské mléko nic nestojí, vždy má správnou teplotu i složení, je vždy po ruce (4, 10).

#### *Výhody kojení pro matku*

Mléčné žlázy se připravují na laktaci již během těhotenství a je tudíž přirozené, jestliže žena začne kojit ihned po porodu (3).

Kojení významně ovlivňuje zotavování ženy po porodu. Oxytocin vyplavený při kojení napomáhá ve III. době porodní s odloučením placenty, následně stahuje dělohu, čímž se snižuje krevní ztráta. Organismus se rychleji vrací do stavu před těhotenstvím, žena snáze dosáhne své původní váhy. Plné kojení potlačuje ovulaci a žena je tak částečně chráněna před dalším otěhotněním. Nelze však na tuto metodu spoléhat jako na stoprocentní antikoncepční prostředek. V dlouhodobém horizontu představuje kojení určitou ochranu před vznikem rakoviny prsu, vaječníků a osteoporózou (9, 11).

Vliv kojení na psychiku ženy je nepopíratelný a včasné zahájení kojení po porodu je velmi důležité. Dotyky a sání novorozence vyvolávají u matky pocity radosti a štěstí a vědomí, že je schopna nakrmit své dítě, povzbuzuje její sebedůvěru. Mezi ní a dítětem se tvoří ideální citové pouto. Při kojení má možnost si příjemně odpočinout a odpoutat se od všedních povinností. Ví, že svému dítěti dává to nejlepší (7).

#### *Výhody kojení pro dítě*

Mateřské mléko je z hlediska výživy novorozence a kojence nejlepší volbou. Svým složením se přizpůsobuje aktuálním potřebám dítěte v průběhu každého kojení, během dne i v celém období, kdy je dítě kojeno. Optimální poměr tuků, cukrů a bílkovin i jejich snadná stravitelnost jsou velmi důležité pro správný a harmonický růst a vývoj dítěte (3).



Protilátky a ostatní imunologické faktory obsažené v mateřském mléce chrání dítě před řadou infekcí, jako jsou infekční průjmy, záněty středního ucha, respirační a močové infekce apod. Kojení je rovněž prevencí neinfekčních onemocnění, prokazatelně snižuje výskyt potravinových i jiných alergií a alergických projevů, diabetu, obezity, anémie či aterosklerózy. Mateřské mléko je lépe stravitelné, proto kojene děti nemívají zácpu a stolice nezapáchá. Nízké množství bílkovin šetří nezralé novorozenecké ledviny a rovněž se snižuje riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence. Celkově jsou děti méně nemocné (11).

Kojení má pozitivní dopad i na duševní a emocionální vývoj dítěte. Mezi matkou a dítětem se vytváří pevná citová vazba, která ovlivňuje i jejich budoucí vztah. Prostřednictvím kojení matka neuspokojuje jen potřebu jídla a pití, ale také potřebu sociálního kontaktu a citového pudu. Kojené děti bývají spokojenější. Výživa mateřským mlékem má také pozitivní vliv na zrání nervové soustavy a vývoj psychomotorických funkcí. Výlučně kojene děti mívají vyšší intelekt (6, 7).

### **1.3 Zásady úspěšného kojení**

Dle WHO je optimální, pokud žena výhradně kojí dítě do 6 měsíců jeho věku a v kojení spolu s příkrmy pokračuje až do 2 let i déle. Plně kojit své dítě je schopna většina žen (10). Může se zdát, že je to snadné, nicméně úspěšnost kojení je ovlivněna mnoha okolnostmi a matka se musí nejprve naučit kojit. Aby se laktace udržela co nejdéle, je vhodné s přípravou začít již v těhotenství, podporovat faktory napomáhající dlouhodobému kojení a dodržovat zásady úspěšného kojení. S tím mohou matkám pomoci zejména porodní asistentky, dětské sestry pracující na novorozeneckém oddělení nebo osoby vyškolené v laktačním poradenství (7, 9, 10). Závisí také na odhodlání matky za podpory partnera, rodiny i celé společnosti, která by také měla být informována o pozitivěch kojení a vnímat ho jako zcela normální a přirozené (5).

Negativní dopad na kojení má nedostatečné sebevědomí matky ohledně svých schopností kojit nebo nedůvěra v kvalitu vlastního mléka, nedostatek motivace

a podpory jejího sebevědomí ze strany rodiny a zdravotnického personálu a nedostatek praktických zkušeností nebo špatná technika kojení. Nastartování laktace se může komplikovat při dlouhém, vyčerpávajícím porodu, při operačním porodu, podáním analgezie či anestezie nebo vlivem bolesti, únavy a stresu. Také oddálený začátek kojení nebo chybějící přiložení po porodu, oddělení matky a dítěte a omezování délky a frekvence kojení přispívá k pozdějším problémům (5, 12).

### **1.3.1 Příprava na kojení v těhotenství**

O způsobu výživy svého dítěte se matka obvykle rozhoduje již před těhotenstvím nebo v jeho počátku. K tomu potřebuje mít dostatek kvalitních informací, které může získat v předporodních kurzech, prenatální poradně, z odborné literatury, v současné době je velkým zdrojem informací také internet. Zdravotníci a zejména porodní asistentky by měli matky pozitivně ovlivňovat a podporovat v rozhodnutí kojit a maximálně jim v jejich úsilí pomáhat (12, 13).

Již v těhotenství, většinou prostřednictvím prenatálních kurzů pod vedením porodních asistentek, by ženám měly být poskytnuty informace o fyziologii laktace, významu kojení, jeho přednostech a kontraindikacích (9, 14). Měly by být seznámeny s významem včasného přiložení dítěte k prsu po porodu, s výhodami systému rooming-in, s režimem kojení, správnou technikou kojení a praktickým nácvikem, aby byly schopné ihned po porodu tyto znalosti využít a uvést do praxe (13, 12). Ženy by měly znát prevenci a řešení problémů při kojení, techniku odstříkávání mateřského mléka, alternativní způsoby krmení dítěte. Měly by být poučeny o vlivu výživy, léků a škodlivin na plod (5). V posledním trimestru by si žena měla nechat porodní asistentkou zkontrolovat prsy a začít řešit případný nepříznivý tvar bradavek pomocí formovačů bradavek. Také by si měla vybrat porodnici, kde bude rodit. Nemocnice, které podporují kojení, nesou označení Baby-friendly hospital a praktikují principy podpory kojení. Ty hlavní jsou shrnuty do strategie – 10 kroků k úspěšnému kojení (viz Příloha 1) (3, 12).

### 1.3.2 Kojení po porodu

Po porodu je potřeba kojení zahájit co nejdříve v souladu se zásadami bondingu, je tak zajištěno nastartování laktace v době, kdy jsou na to matka i novorozenec ideálně připraveni. Sací reflex u dítěte je nejsilnější a vlivem vysokých hladin oxytocinu a prolaktinu u matky se lépe rozbíhá produkce mateřského mléka. Nejlépe by první přiložení novorozence k prsu mělo proběhnout během 30 minut až 2 hodin po porodu a nemělo by se přerušovat, dokud dítě samo nepřestane sát. Kojení by mělo probíhat klidně, za podpory a pomoci zdravotníků, kteří pomáhají zaujmout matce a dítěti vhodnou polohu, kontrolují správnost přiložení a sání novorozence a řeší případné problémy. Včasné přiložení po porodu také rozvíjí sociální interakce mezi novorozencem a matkou. Ta má radost, že jsou spolu, je klidnější a sebevědomější a jistější i při dalším kojení (9, 12, 13).

Na oddělení šestinedělí je příznivý pobyt matky a dítěte na jednom pokoji rooming-in. Tak má matka na své dítě dostatek času, kojí ho kdykoliv má hlad bez omezování délky a frekvence, a to i v noci, což je důležité pro dostatečnou tvorbu mléka (5). Dítě by mělo být kojeno minimálně 8x za 24 hodin. Spavé děti se musí nejdéle po 4 hodinách budít k pití. Zpočátku matka při jednom krmení kojí z obou prsou, při dostatku mléka z jednoho, aby dítě mělo možnost vypít i výživnější zadní mléko (15).

Důležitá je vzájemná poloha matky a dítěte při kojení (viz Příloha 2). Většinou se žena učí kojit nejprve v poloze vleže, později vsedě. Je potřeba brát na zřetel velikost a tvar prsů a tělesné proporce dítěte. Podstatné je, aby poloha byla pohodlná a matka uvolněná, jinak se mléko z prsu obtížněji spouští. Dítě se přikládá k prsu, nikoliv naopak, tak, aby bradavka směřovala přímo proti ústům a nosu dítěte a hlava byla v ose těla (16, 17).

Od začátku je potřeba dbát také na správnou techniku kojení – přikládání a sání (viz Příloha 3), aby se zamezilo pozdějším problémům. K poškození bradavek stačí jedno nesprávné přiložení. Kojení nesmí matku nikdy bolet. Opakovaný nácvik kojení s matkou, jeho kontrola, posouzení správnosti postupu a korekce případných nedostatků

je na školeném zdravotníkovi. Hodnocení efektivity kojení usnadňuje, pokud matka zapisuje počet kojení, množství pomočených plen a stolic (13).

Úbytek na váze v prvních dnech po porodu je fyziologický a dítě je na něj připraveno. Má dostávat pouze mateřské mléko, žádné jiné tekutiny. Jedině v případě lékařské indikace může být dítě dokrmeno. Tehdy je na prvním místě použití alternativního způsobu dokrmování odstříkaným mateřským mlékem vlastním, nebo dárcovským, pokud nelze, tak mlékem umělým. Nevhodné je krmení z láhve. Dítěti by neměl být nabízen ani dudlík, může vést ke špatné technice sání a navíc snižuje poptávku dítěte po prsu. Nedostatečná stimulace a vyprazdňování prsu pak vede ke snížení produkce mléka. Kloboučky na bradavky by se měly používat pouze v případě plochých či vpáčených bradavek, pokud problém nejde vyřešit jiným způsobem (5, 14).

Žena by měla být poučena o vhodném jídelníčku, aby u novorozence minimalizovala možnost zažívacích potíží. Důležitá je vyvážená strava s dostatečným příjmem vitamínů a minerálů, s vyřazením zejména těžkých uzenin, nadýmavých potravin a dráždivého ovoce. Optimální příjem tekutin během dne je 2,5-3,5 l. Výrazné snížení může vést k dehydrataci a poklesu tvorby mléka (18).

Před odchodem z porodnice by matka měla mít dostatek informací a znalostí, jak podpořit a udržet tvorbu mateřského mléka i při odloučení od dítěte, jak zvýšit úspěch při kojení, a měla by zvládat techniku kojení a odstříkání mateřského mléka. Je třeba ji poučit o důležitosti výlučného kojení podle potřeb dítěte až do věku 6 měsíců. Má být seznámena s možnými komplikacemi při kojení a vědět, jak je řešit. Má také dostat kontakt na laktačního poradce nebo vědět, na koho se obrátit v případě potíží s kojením. Dítě by mělo být propuštěno teprve, když začne přibývat na váze, a do 48 hodin po propuštění by ho měl vyšetřit praktický lékař pro děti a dorost (5, 14, 19).

### **1.3.3 Role porodní asistentky v podpoře kojení**

K tomu, aby ženy zdárně a dostatečně dlouho kojily své děti, potřebují být v prostředí, které kojení napomáhá a podporuje ho. Porodní asistentky i ostatní

zdravotničtí pracovníci, kteří se věnují péči o těhotné ženy, ženy po porodu a novorozence a kojence, mají v oblasti ochrany, propagace a podpory kojení významný úkol. Zdravotnická zařízení by měla přijmout strategie podporující kojení, zdravotníci by měli být náležitě vzděláni a postupy, odborné znalosti a dovednosti uvádět do praxe. Měli by matky v kojení podporovat, učit je a pomáhat jim (9, 13).

Úkolem porodní asistentky v prenatální péči je poskytnout budoucím rodičům dostatek kvalitních a aktuálních informací o problematice kojení (viz kapitola 1.3.1), aby se mohli zodpovědně rozhodnout o způsobu výživy svého dítěte. Efektivní formou, jak rodičům informace předat, jsou kurzy předporodní přípravy pro ženy i jejich partnery. Porodní asistentka edukuje těhotné ženy také v péči o prsy. Nedílnou součástí je i vyšetření prsů s kontrolou bradavek. V případě potřeby doporučuje porodní asistentka ženě formovače bradavek, které příznivě ovlivňují jejich tvar. Porodní asistentka má věnovat zvýšenou péči prvorodičkám, ženám s předchozí negativní zkušeností s kojením, ženám s vícečetným těhotenstvím apod. a poskytnout jim podporu a specifickou péči (13, 19).

U žen po porodu porodní asistentka podporuje časný kontakt novorozence s rodiči a radí ženě s prvním přiložením dítěte k prsu. Kontroluje správnost přiložení a řeší případné nedostatky a problémy. Na matku ani dítě nespěchá, je trpělivá, citlivá, ženu chválí a povzbuzuje. Pokud to stav dítěte a matky dovoluje, snaží se již na porodním sále a dále v průběhu celé hospitalizace o jejich nepřerušovaný vzájemný kontakt (9,13).

Při péči o matku a novorozence aplikuje porodní asistentka zásady podporující kojení individuálně dle potřeb dítěte i matky bez omezování délky a frekvence kojení. Edukuje ženu ve všech oblastech kojení a v péči o prsy (viz kapitola 1.3.2), posiluje a kontroluje její vědomosti i praktické dovednosti. Učí ženu principy kojení a udržení laktace při oddělení od dítěte, techniky odstříkávání a manipulace s mateřským mlékem i alternativní metody krmení dítěte. Radí jí při obtížích a připravuje ji na možné komplikace a situace, které mohou nastat po propuštění z porodnice. Obtížné problémy s kojením řeší s laktačním poradcem nebo vyškoleným zdravotníkem (3, 19, 20).

Při propouštění matky z porodnice poskytuje porodní asistentka ženě informace o možnostech následné péče (ambulantní péče, návštěvní služba formou komunitní péče porodních asistentek, laktační poradenství apod.), která se zaměřuje na podporu kojení a na řešení konkrétních problémů s kojením (13).

Při komunikaci s matkami porodní asistentka iniciativně vyhledává hrozící komplikace, naslouchá ženám, aktivně se zajímá o jejich stav a stav dítěte. Klidně a trpělivě zodpovídá všechny dotazy, je vstřícná a empatická. Povzbuzuje ženy v mateřské roli a podporuje jejich mateřské schopnosti, posiluje jejich sebevědomí a vůli ke kojení, oceňuje jejich úsilí a snahu (20).

#### **1.4 Překážky v kojení, problémy ze strany matky a dítěte**

Tvorba a uvolňování mateřského mléka je složitý děj, který se snadno může narušit a zkomplikovat. Přispívá k tomu zejména nedostatek základních informací a znalostí o procesu tvorby mléka, striktní postupy vedení porodu a ošetření matky a novorozence, nesprávná technika nebo poloha při kojení, omezováním délky kojení či neodborné rady a chování (12). Také nedostatečná podpora a motivace matky zdravotníky i členy rodiny, její obavy, stres a nejistota mohou přispět k selhání kojení. V současnosti časně propouštění matek s novorozenci, nedostatečný nácvik kojení a neznalost řešit problematiku situace často vede zbytečně k předčasnému ukončení kojení a výživě umělým mlékem (19).

##### **1.4.1 Problémy s bradavkami**

###### *Nepříznivý tvar bradavek*

Bradavky mohou mít různý tvar. Pokud má žena jakékoliv pochybnosti, měla by si je nechat zkontrolovat již v těhotenství. Bradavky ploché, špatně vytažitelné, nebo dokonce vpáčené mohou činit překážku v kojení. V takovém případě je potřeba včasný

zásah. Je vhodné, aby žena zhruba 3 měsíce před očekávaným porodem pravidelně nosila takzvané formovače bradavek. Jedná se o pomůcku, která vytváří nepřetržitě mírný tah na vrozeně zkrácené vazivo, které poutá bradavku k hrudní stěně. Tím se bradavka prodlužuje a tvaruje. Formovače je vhodné nosit i po porodu, jelikož nalití prsů a otok dvorce může způsobit prohloubení nepříznivého tvaru bradavky (17).

#### *Poraněné a bolestivé bradavky*

Poranění bradavky je nejčastěji se opakující problém během celého období kojení. Bolest, odřeniny a ragády jsou způsobeny špatnou technikou kojení, nesprávným přiložením dítěte k prsu nebo nesprávným sáním. Mohou vzniknout i během jediného chybného kojení, kdy dítě saje pouze konec bradavky vlivem špatného přiložení, nevhodné polohy matky či dítěte nebo otoku bradavky či dvorce. Poranění vzniká také násilným vytahováním bradavky z úst dítěte při ukončování kojení (7, 13, 15). V tomto případě je důležité odstranit vyvolávající příčinu a zároveň pečovat o vzniklá poranění. Je potřeba matku naučit správnou techniku kojení i jeho ukončování zasunutím malíčku do úst dítěte, aby nedocházelo k dalšímu zhoršení stavu, upravit polohu dítěte, případně ji během kojení měnit. Je vhodné před kojením přiložit teplý obklad, který podporuje uvolňování mléka, a začít kojit z méně bolestivého prsu. Hojení odřenin a ragád může žena podpořit tak, že po každém kojení nechá na bradavce zaschnout kapku mléka, nebo může použít hojivou mast např. PureLan či Bephanthen a postižené místo nechává co nejvíce volně na vzduchu. Místo vložky do podprsenky může používat speciální chránič prsu, který umožňuje přístup vzduchu. K mytí postačí čistá voda. Mýdla a dezinfekční prostředky na bradavky nejsou vhodné, jelikož vysušují a pokožka tak ztrácí přirozenou ochranu. (12, 17, 21).

#### *Plísňová infekce bradavek*

Nejčastěji se jedná o přenos kvasinkové infekce z jiného postiženého místa na těle ženy (pochva, nehty, místa vlhké zapáčky) nebo od dítěte při kojení. Infikovat se mohou především popraskané a poraněné bradavky, které tvoří vstupní bránu infekce. Příznakem je svědění až pálení dvorce nebo bradavky či prudká bodavá bolest i mimo

kojení. Kůže je červená, lesklá a napjatá, může se olupovat. Stav se nezlepšuje ani při správné technice kojení. Je potřeba dodržovat důkladnou hygienu rukou, často měnit vložky v podprsence nebo nechat prsy volně větrat bez zakrývání. Na postižená místa pak aplikovat protiplísňové masti např. Canesten či Pevaryl (12, 13, 21).

#### **1.4.2 Problémy s prsy**

##### *Bolestivé nalití prsů*

Ke zvýšené produkci mléka a nalití prsů dochází 2. – 4. den po porodu. Pokud se prs pravidelně a plynule nevyprazdňuje, způsobuje městnání mléka nepříjemné až nesnesitelné napětí a bolest. Prsy jsou horké a tvrdé. Otok dvorce a bradavky znemožňuje správné přisátí dítěte k prsu a mléko nemůže stlačenými mlékovody odtékat. Obtížné je i jeho odstříkávání (12, 13).

Na snížení otoku a překrvení prsů mezi kojením pomůže přikládání studených obkladů. Před kojením se naopak doporučují teplé obklady nebo sprecha spolu s masáží prsů, což přispívá k odstranění otoku dvorce a bradavky a ke snadnějšímu uvolňování mléka. Pokud je prs příliš plný, je možné před vlastním kojením trochu mléka odstříkat. Dvorec se tím změkčí, bradavka se zformuje a dítě se může správně přisát. Použití mechanické odsávačky je nevhodné, protože podtlak zhoršuje otok dvorce a bradavky, efektivnější je odstříkání mléka rukou. Důležité je časté kojení bez omezování délky během dne i v noci. Nepostradatelná je pomoc a podpora ošetřovatelského týmu (12, 13, 15). K bolestivému nalití prsů může dojít i kdykoliv po propuštění z porodnice, pokud žena kojí méně často nebo dítě nesprávně saje. Řešení problému je obdobné, nejlepší je však tomuto stavu předcházet správnou technikou a neomezenou délkou a frekvencí kojení podle potřeb dítěte (17).

##### *Ucpané mlékovody a retence mléka*

Příčinou ucpaných mlékovodů s následnou retencí mléka za překážkou je vrozené zúžení vývodných cest, nedostačující a nepravidelné vyprázdňování části žlázy při



omezování kojení, špatné technice sání nebo nevhodné poloze při kojení. Mléko, jehož tvorba není narušena, se hromadí za překážkou, což se projevuje bolestivým zduřením, ztuhnutím a zarudnutím postižené části prsu, nejčastěji v oblasti blízko podpaží. Tento stav mohou provázet i febrilie. Situaci se obvykle podaří zvládnout během 2-3 dnů a není důvodem k přerušení kojení. Naopak je potřeba časté přikládání dítěte na dostatečně dlouhou dobu, aby se prs rovnoměrně vyprazdňoval a nahromaděné mléko odsálo. Řešení spočívá zejména v nápravě chyb při kojení – úpravě polohy a zlepšení techniky, aby se stav nezhoršoval a dále neopakoval. Mezi kojením se přikládají studené obklady. Uvolnění mléka napomáhají teplé obklady či celková koupel s ponořením prsů a následnou masáží. Pokud nedojde k úlevě ani po kojení, může se žena pokusit nahromaděné mléko odsát. Často pomůže osvědčená laická metoda – přikládání obkladů z tvarohu nebo rozklepaného zelného listu. Na snížení teploty lze podat antipyretika. Užívání antibiotik není nutné (12, 13, 17).

### *Mastitida*

Jedná se o závažné zánětlivé onemocnění způsobené bakteriemi přítomnými na dvorci matky nebo kvasinkami. Vstupní bránou infekce bývají poraněné bradavky. Další příčinou může být také nedokonalé vyprazdňování mléka při kojení a následná nevyřešená retence mléka. Zánět se může objevit kdykoliv v průběhu kojení, nejčastěji však kolem 3. týdne po porodu. Většinou je postižen jen jeden prs, obvykle v dolní a boční části. Postižená oblast prsu je oteklá, zarudlá a horká. Žena pociťuje v prsu prudkou bolest zejména při jeho pohybu nebo během sání dítěte. Celkové příznaky onemocnění se podobají chřipce, žena má horečku, bolesti hlavy, je unavená až malátná. Zánět prsu se vždy léčí antibiotiky, důležitý je dostatečný příjem tekutin, klid na lůžku, případně podávání antipyretik. Další postup je stejný jako při retenci mléka. Jestliže dítě nechce z prsu pít, je potřeba vytvořené mléko odstříkávat a při krmení použít některou z alternativních metod. Pokud to ale stav matky dovolí a dítě prs neodmítá, je nejlepší pokračovat v kojení. Nejprve se kojí ze zdravého prsu, teprve pak z postiženého. Je potřeba vybrat vhodnou polohu, případně ji během kojení měnit.

Brada dítěte by měla směřovat k postiženému místu, tím se odtud mléko lépe vyprazdňuje (17, 21).

#### *Absces*

Jako komplikace mastitidy se může vyvinout absces, což je dutina vyplněná hnisem. Ložisko je na pohmat bolestivé, celkové příznaky přetrvávají. Nutná je chirurgická léčba – incize a drenáž dutiny a podávání antibiotik. Možnost kojení se posuzuje podle stavu matky (10, 12).

#### *Přidatná žláza*

Nejčastěji se objevuje v podpaží, může být ale uložena po celé délce mléčné lišty oddělena od hlavního žlázového tělesa. Někdy má i funkční bradavku. Na hormonální podněty reaguje stejně jako tkáň prsu, což se projevuje zduřením a bolestivostí. Postižené místo je nutné chladit a mléko neodstříkávat (12).

### **1.4.3 Problémy s množstvím mléka**

#### *Opožděný nástup laktace*

Obvykle k nástupu laktace dochází 2. – 3. den po porodu (9). U zhruba 10 % matek je to kolem 5. – 6. dne a někdy i později než po týdnu. Příčinou mohou být chyby v začátcích kojení, odloučení dítěte od matky, omezování kojení apod. Toto období je pro matku velmi psychicky náročné a je potřeba ji uklidnit a podpořit v jejím úsilí kojít. Důležité je časté přikládání dítěte k prsu, kontrola správné techniky kojení, případně odstranění chyb. Ke stimulaci tvorby mléka je možné použít i dvoufázovou elektrickou odsávačku, která napodobuje sání dítěte. Pokud je to nezbytné, podává se dítěti přechodně umělá výživa nebo pasterizované mateřské mléko z banky mateřského mléka alternativními způsoby krmení (12, 13, 15).

### *Nedostatek mléka*

Nedostatečná tvorba mléka může být u ženy způsobena primárně hypotrofií mléčné žlázy nebo druhotně jako následek chybné techniky přikládání dítěte k prsu a kojení, komplikovaného porodu, odloučení matky od dítěte či při narušení psychiky matky (stres, obavy o dítě apod.). U dítěte může být příčinou nedostatečně vyvinutý sací reflex, onemocnění dítěte či rozštěpy patra (3, 22).

Nedostatečně kojené dítě nedosahuje do 3 týdnů porodní hmotnosti, zaostává v percentilových růstových grafech. Je neklidné a často se budí, nebo je naopak spavé. Má málo pomočených plen (pod 6-8/den), moč je tmavá a zapáchá. Stolice se mění na hnědou hlenovitou, její frekvence se snižuje (13, 17).

Produkce mléka závisí na potřebách dítěte. Čím častěji bude dítě stimulovat prs sáním, tím více mléka se bude tvořit. Je proto důležité kojit dítě častěji bez omezování délky kojení i 10-12x denně, z toho 1-2x v noci. Během jednoho kojení několikrát vystřídat oba prsy. Mezi kojením odstříkávat a v případě dokrmování využít alternativní způsoby. Dítěti by neměla být nabízena láhev ani dudlík. V případě špatné techniky kojení je potřeba odstranit chyby, případně upravit polohu při kojení. Matka může mít pocit, že selhává, proto je potřeba především podpořit její sebevědomí a zlepšit psychický stav. Vítaná je pomoc partnera a rodiny, aby měla žena co nejvíce času věnovat se dítěti. Množství mléka by se mělo upravit během 2 dnů (3, 16, 17).

### *Laktační krize*

Za laktační krizi se označuje přechodný stav, kdy má matka bez zjevné příčiny méně nalitá prsa a dítě je u prsu neklidné, protože má k dispozici méně mléka. Tato situace se typicky objevuje po 6 týdnech kojení a kolem 3. a 6. měsíce, někdy i vícekrát. Právě v tomto období může matka zpanikařit a začít dítěti podávat umělou výživu, což je velká chyba. Stav je dočasný a většinou dochází do 1-2 dnů k úpravě. Pomáhá opět časté přikládání dítěte k prsu, podpora a pomoc partnera a okolí, zklidnění ženy. Pokud je to nezbytné, může matka alternativně podat malé množství převařené vody nebo dříve odstříkaného a zamraženého mateřského mléka. Většinou to ale není potřeba (12).

### *Nadbytek mléka*

Zvýšená produkce mléka je fyziologická 3. – 4. den po porodu (3) a postupně se přizpůsobí potřebám dítěte. V některých případech ale přetrvává i nadále a matka musí přebytečné mléko odstříkávat (22). Tvorbu mléka lze tlumit režimovými opatřeními nebo medikamentózně. Pokud je však žena zdravá a splňuje podmínky pro dárcovství, je vhodné mléko poskytnout bankám mateřského mléka a využít ho smysluplně k výživě především dětí s nízkou porodní hmotností nebo s alergií na bílkovinu kravského mléka (15).

### **1.4.4 Problémy s uvolňováním mléka**

#### *Slabý vypuzovací reflex*

Porucha spouštěcího tzv. let-down-reflexu má za následek, že vytvořené mléko je zadrženo v prsu a nedostane se k dítěti. Na vině může být špatný psychický i fyzický stav matky. Stres, strach, obavy, ale i bolest a únava mohou přispět k oslabení tohoto reflexu. Aby bylo kojení úspěšné, musí matka chtít kojit a musí být vnitřně přesvědčena, že to zvládne. Důležitá je podpora ošetřujícího personálu. Techniky napomáhající úpravě jsou krouživé a tlakové masáže celých prsů, stimulace bradavky a dvorce, sprchování teplou vodou, noční kojení (23, 17).

#### *Silný vypuzovací reflex*

Nejen slabý, ale také silný vypuzovací reflex může komplikovat kojení. Dítěti se dostává velké množství mléka najednou, zalyká se a pouští se prsu. Po kojení je stále patrné mléko v koutcích úst dítěte a dítě ublinkává. V této situaci je vhodné zvolit polohu, kdy je dítě ve vzpřímené poloze, nebo matka leží na zádech a dítě má na svém břiše. Jakmile se mléko spustí, má se kojení přerušit a spouštěcí reflex utlumit tlakovou masáží prsu přiložením celé plochy dlaně. Po 1-2 minutách, když dojde ke zpomalení toku mléka, může matka pokračovat v kojení (13).

### 1.4.5 Problémy u dítěte

#### *Špatně se přisávající dítě*

Aby se dítě správně přisávalo k prsu, je potřeba, aby bylo klidné. Když pláče, má jazyk přitisknutý na horním patře, což znemožňuje uchopení bradavky. Má-li matka příliš nalitá prsa, je potřeba část mléka odstříkat, aby se uvolnil dvorec a dítě uchopilo do svých úst bradavku i s částí dvorce. Nutné je dodržet správnou techniku přiložení k prsu a polohu matky i dítěte. Nepříznivý tvar bradavek je potřeba řešit již v těhotenství, pokud dítě bradavku ani tak neuchopí, je potřeba použít kontaktní kojící klobouček (9, 15).

#### *Dítě pouštějící prs*

Pokud se dítě po přiložení k prsu dobře přisaje, ale během kojení se pouští a pláče, je na vině nejčastěji špatná poloha matky či dítěte při kojení a ztížený vypuzovací reflex. Je potřeba upravit vzájemnou polohu a podpořit uvolňování mléka (9).

#### *Dítě odmítající jeden prs*

Z jednoho prsu probíhá kojení bez problémů, druhý prs dítě odmítá. Nejčastěji tak dává najevo nevyhovující polohu při kojení nebo mu vadí rychlost, kterou mléko z prsu vytéká. Je potřeba vyzkoušet, která poloha bude pro dítě nejlepší. Dokud se stav neupraví, je potřeba mléko z plného prsu odstříkávat (9).

#### *Spavé dítě*

Spavé dítě se samo na kojení neprobudí, proto se musí budít. Přes den po dvou až třech hodinách, v noci nejdéle do čtyř hodin od začátku předchozího kojení. Aby bylo dítě čilejší, může ho matka svléknout, přebalit, otřít obličej studenou žínkou a stimulovat hledací reflex kolem úst. Po celou dobu na dítě mluví, pohybuje s ním. Při kojení se dítě udržuje bdělé častou změnou polohy, opakovaným střídáním prsů během jednoho kojení a pauzami na odřihnutí (21).

#### 1.4.6 Onemocnění matky a dítěte

Běžná onemocnění matky jako nachlazení, viróza, chřipka apod. při kojení nevadí. Protilátky, které její organismus produkuje, předá i svému dítěti, a tím ho chrání. Kojení je kontraindikováno při těžkých systémových onemocněních jako srdeční selhávání, onemocnění jater, ledvin či při psychiatrických chorobách. Z infekčních chorob brání kojení HTLV I a HTLV II (Human T-cell lymphotropic virus type I, II), ve vyspělých zemích i HIV (Human Immunodeficiency Virus). Při infekci virem herpes simplex a herpes zoster je potřeba zvýšené opatrnosti a pečlivé dodržování hygienických opatření. Dítě nesmí přijít do kontaktu s lézí. Pokud má matka opar na rtu, měla by nosit ústenku, jestliže se vyskytuje na bradavce, neměla by matka z tohoto prsu kojit až do zhojení. Mléko lze odstříkat a podat dítěti alternativně. Při onemocnění planými neštovicemi, které se objeví u matky do 5 dnů před a 2 dnů po porodu musí být matka dočasně od dítěte izolována, kvůli hrozící nákaze. Stejně tak při aktivní TBC matky. V těchto případech však lze také mléko odstříkat a podat dítěti (13).

Jelikož všechny léky více či méně přechází do mateřského mléka, je dobré se o vhodných preparátech poradit s lékařem. Pokud matka nějaké medikamenty potřebuje, je lépe je užít těsně po skončení kojení. Soupis léků kontraindikovaných při kojení pravidelně zveřejňuje např. WHO. Jsou to např. psychostimulancia, cytostatika, tyreostatika, imunosupresiva, radioizotopy apod. (10, 13,15).

Situací, kdy kojení není možné vlivem nemoci dítěte, je jen málo. Absolutní kontraindikací kojení je vzácná vrozená vada metabolismu – galaktosémie, kdy organismu chybí enzym na štěpení galaktózy a laktóza musí být ze stravy vyloučena. Dalšími metabolickými nemocemi jsou fenylketonurie a nemoc javorového sirupu. V tomto případě je částečné kojení možné, ale je nutné sledovat hladiny fenylalaninu a větvených aminokyselin (valinu, leucinu a izoleucinu) u dítěte. Pokud z nějakého důvodu není možné kojení matkou, ale výživa mateřským mlékem je možná, měla by matka mléko odstříkat a poskytnout dítěti k alternativnímu krmení. Tím také udržuje laktaci, a pokud to stav dítěte dovolí, bude moci pokračovat v kojení (9, 13).

## 1.5 Psychika ženy v období laktace

Na porod a poporodní období se žena připravuje již v těhotenství, které od samého počátku provází mnoho psychosomatických změn. Jsou spojeny zejména s hormonálními změnami v organismu ženy a ovlivněny typem její osobnosti, prostředím, kde žije, partnerskými vztahy, ekonomickým i sociálním zajištěním, zdravotním stavem a mnoha jinými faktory. Je to období výrazných emocí doprovázené přecitlivělostí, náladovostí, netrpělivostí, zmatkem, úzkostmi, steskem a obavami zejména o dítě a nekomplikovaný průběh těhotenství a porodu. Jsou ale i ženy veselé, optimistické, vyrovnané. Těhotenství a porod jsou pro každou ženu neopakovatelným zážitkem a její psychický a fyzický stav významně ovlivňuje průběh celého tohoto období i psychosomatický stav novorozence (15, 24).

Poporodní fáze je obdobím velice psychicky náročným. Žena se stává matkou a od základu se mění její dosavadní život rodinný, společenský i pracovní (20). K činitelům ovlivňujícím těhotenství se přidávají prudké hormonální změny, zkušenost z porodu a také interakce s novorozencem (25).

Z psychologického hlediska má pro navázání vztahu mezi matkou a novorozencem velký význam kontakt bezprostředně po porodu, tzv. bonding. Za nejpodstatnější je považováno prvních 12 hodin. Okamžité umístění dítěte na tělo matky, doteky, oční kontakt, přiložení k prsu nejenže prohlubuje vzájemné emoční vazby, ale také stimuluje laktaci a zvyšuje úspěšnost kojení. Pro matku je velmi důležité, že má kontrolu nad celou situací a ví, co se děje s ní i jejím dítětem. Má pocit jistoty a bezpečí. Naopak rutinní ošetřování novorozence odděleně od matky a jeho časná izolace může mít negativní dopad jak na dítě, u kterého se mohou objevit separační úzkost a neurotické poruchy, tak i na matku v podobě postnatální deprese, která se zhoršuje ztrátou kontroly nad dítětem a jeho odloučením (20, 24).

Po porodu placenty stoupá fyziologicky v těle matky hladina oxytocinu a dále se zvyšuje drážděním bradavky při sání dítěte. Tento hormon navozuje libé pocity a způsobuje starostlivé a opatrovnické chování tím více, čím je vyšší jeho hladina (26).

Také dle Odenta (27) má oxytocin nepopíratelný vliv na mateřské chování. Zároveň zdůrazňuje souvislost přirozeného porodu a fyziologické laktace.

V časném poporodním období začne na ženu doléhat únava a vyčerpání z porodu, nedostatku spánku a z nepřetržité péče o novorozence. Radost a štěstí z narození dítěte a zvládnutí porodu mohou u ženy vystřídat obavy, zda se o vše dokáže postarat. Objevují se pocity vlastní neschopnosti a nejistoty, bezdůvodný pláč, podrážděnost či přecitlivělost. Překonání této situace závisí na sebepojetí, na rychlosti osvojení si nové role a nemalou měrou také na podpoře rodiny a zdravotnického personálu (22, 25).

Dnes funguje v porodnicích již poměrně běžně systém péče o novorozence rooming-in, kde matka i dítě jsou na společném pokoji. Tento systém má pozitivní dopad na rozvoj laktace i na prohlubování emoční vazby mezi matkou a dítětem. Neustálým kontaktem se matka zdokonaluje v péči o dítě, reaguje kdykoliv na jeho hlad i ostatní potřeby, posiluje své rodičovské kompetence a sebedůvěru. Pokud je matka v psychické pohodě, novorozenec u ní zažívá pocit bezpečí a důvěry (28). Psychický stav matky je velice důležitý i pro rozvoj kojení. Emoční problémy mohou vyvolat snížení produkce mléka. Jsou matky, které mají s kojením problémy nebo nejsou schopné kojit, obviňují se z neúspěchu a selhání. Matka ale nekojí své dítě jen proto, aby ho nakrmila. I matka, která nemůže, nebo dokonce nechce kojit, může své dítě po nakrmení přiložit k prsu nebo jen na své tělo a podporovat tak pozitivní sociální a emocionální interakci mezi ní a svým dítětem (29, 30).

Po propuštění z porodnice domů na matku ještě více doléhá vypětí a stres. K péči o novorozence se přidává starost o chod domácnosti a matka ztrácí bezprostřední oporu a pomoc od zdravotnického personálu. Stále více se také projevuje změna v partnerském vztahu. Narozením dítěte se mění organizace a struktura rodiny, žena je zaneprázdňena péčí o dítě a partnerovi se nevěnuje tolik jako dříve. Vlivem porodního poranění nebo únavy má mnohdy i menší zájem o sex. Na řešení partnerských konfliktů má vliv pevnost svazku i osobnost ženy a muže. Partner by měl být tolerantní, trpělivý, měl by se zapojit do péče o dítě a ženě být oporou. Také pomoc a podpora rodiny či přátel může být pro ženu velmi přínosná (31). V otázce kojení je dokonce smýšlení rodiny a blízkého okolí zásadním faktorem pro úspěšnost laktace. Nepodpoří-li ženu



v jejím rozhodnutí kojit své dítě, může to mít vliv na délku trvání laktace (19). Psychicky traumatizující může být i negativní názor veřejnosti na nekojící matky. Podle některých lidí, ať už je příčina jakákoliv, je nekojící matka špatná matka, jelikož dítěti upírá veškeré výhody s kojením spojené. Také zdravotníci a laktační poradci někdy na ženy vyvíjejí přílišný tlak v boji za dosažení bezproblémové laktace. Selhávající matka si pak připadá jako ta, která se dost nesnažila. Společnost i odborná veřejnost by v tomto ohledu měly být shovívavější (30).

Dalšími okolnostmi, které mohou negativně ovlivnit prožívání tohoto období, jsou socioekonomické problémy rodiny, těžké životní situace, neklidné dítě a následně narůstající nejistota v mateřské roli, somatické obtíže či psychické obtíže v osobní nebo rodinné anamnéze apod. (31).

### **1.5.1 Poporodní psychické poruchy**

Společnost vnímá těhotenství a mateřství jako naprosto samozřejmou roli ženy. Přirozeně se předpokládá, že po porodu bude o své dítě pečovat a vychovávat je. Obecně je mateřství spojováno s pozitivními emocemi a zřídka se někdo zamyslí, jak se matka opravdu cítí. Přitom psychické změny po porodu se v různé míře objevují u každé ženy. Příčinou jsou především těhotenské a poporodní hormonální změny i psychika ženy samotné (20, 22, 32).

#### *Poporodní blues*

Jedná se o stav, objevující se obvykle 3. – 4. den po porodu, který však rychle samovolně odeznívá, většinou do 12. dne. Není považován za patologický, jde o normální adaptační odpověď organismu ženy po porodu. Žena je emocionálně labilní, podrážděná, přecitlivělá, unavená, pláče bez zjevné příčiny, trpí sníženou sebedůvěrou a často se objevuje negativní postoj k dítěti. Někdy tyto pocity střídá euforie. Mohou se objevit i somatické potíže. Tento stav zažívá až 80 % matek (28, 32).

### *Poporodní deprese*

Objevují se u 10 % šestinedělek nejčastěji po příchodu z porodnice domů a dále 2-3 týdny po porodu. Rizikové je však období až do 6. měsíce či dokonce jednoho roku po ukončení těhotenství. Příznaky upozorňující na poporodní deprese jsou apatie, sklíčenost, beznaděj, plačtivost, úzkost, strach až panika a fobie z budoucnosti, ztráta sebeúcty až nenávisť k sobě samé, ztráta zájmů. Ženy se nemohou vyrovnat s péčí o dítě, odmítají kojit nebo kojí s nezájmem, odmítají dítě nebo mají přehnané obavy o jeho či své zdraví. Mohou se dostavit i paranoidní stavy, kdy hrozí nebezpečí poškození jejich i dítěte. Ze somatických potíží se objevuje nespavost, únava, poruchy trávení, nechut' k jídlu, úbytek váhy a další. Zvládnutí poporodních depresí se neobejde bez adekvátní léčby. V závislosti na závažnosti stavu se využívá psychoterapie či kombinace s medikamentózní léčbou antidepresivy. Příznaky odeznívají za 3-14 měsíců (22, 31, 32).

### *Poporodní psychóza*

Jde o nejzávažnější formu psychického onemocnění po porodu. Vyskytuje se u 0,1-0,2 % šestinedělek a přichází obvykle v prvních dvou týdnech po porodu. Má formu amentní, manickou nebo schizofrenní. Amentní psychóza má bouřlivý začátek, žena je dezorientovaná a může mít nebezpečné halucinace související s mateřstvím. Hrozí, že poškodí sebe nebo dítě. Manická psychóza se projevuje euforií, vrcholnými pocity štěstí, megalomanií. Schizofrenní forma se vyznačuje plačtivostí, pocity bezmoci a neschopnosti péče o dítě, přehnanou starostlivostí až paranoiou. Opět hrozí ublížení sobě a dítěti. Rizikovým faktorem je psychiatrické onemocnění v osobní či rodinné anamnéze, problematické těhotenství a porod, problémy v rodinném životě či somatická onemocnění. Terapie spočívá v podávání psychofarmak. Zástava laktace je indikována pouze v případě, že hrozí intoxikace kojence léky přestupujícími do mateřského mléka (25).

### 1.5.2 Role porodní asistentky v podpoře psychiky ženy po porodu

Rozvoj medicíny a nové poznatky v oblasti porodnictví, zavedení lékařské preventivní péče pro těhotné a přesun porodů do nemocnic mělo za následek výrazné snížení mateřské a perinatální morbidity a mortality. Ovšem psychika těhotných žen, rodiček, matek a novorozenců zůstala na pozadí dění. Přitom hraje v těchto obdobích významnou roli (20).

Z hlediska péče o ženu a její dobrý psychický stav nelze striktně oddělit pre-, peri- a postnatální etapu života ženy a dítěte, jelikož každá část je následkem předchozí a současně přípravou na další (29). Psychické rozpoložení ženy po porodu je ovlivněno prožíváním těhotenství a porodu i předchozími zkušenostmi. Úlohou porodní asistentky je tedy již před či na počátku gravidity působit pozitivně na ženu, připravit ji na těhotenství, porod i období po něm (24). Prevence možných psychických problémů spočívá v komunikaci s těhotnými a rodičkami, ve vyslechnutí jejich obav, přání i stížností a jejich řešení (20).

Na úseku časně poporodní péče má porodní asistentka podporovat raný kontakt mezi matkou a novorozencem, případně otcem či jinou blízkou osobou. Bezprostředně po porodu by měla dítě matce ukázat a co nejdříve zahájit bonding se všemi jeho pravidly včetně kojení (20). Důležitá je podpora sebevědomí matky např. formou pochvaly za zvládnutý porod, oceněním snahy apod. Žena by také měla být ze strany zdravotníků dostatečně informována o svém zdravotním stavu a stavu dítěte. Samozřejmostí by mělo být ohleduplné a taktní jednání (24).

Na oddělení šestinedělí je porodní asistentka nezastupitelná. Se ženou je v častém kontaktu a má tak příležitost k vytvoření přátelského prostředí a vzájemného pozitivního vztahu. Poskytuje ženě potřebné informace o průběhu poporodního období, o možných problémech a jejich řešení. Edukuje ji o péči o novorozence, o kojení, podporuje a povzbuzuje v jejím úsilí v roli matky a vede ji k samostatnosti. Reaguje včas na případné příznaky psychického onemocnění a řeší je s lékařem (28). Jestliže se ženě nedaří kojení, zaměřuje se detailněji na podporu vztahu matky s novorozencem, pomáhá ho prohlubovat jinými způsoby a pomáhá ženě se s touto situací vyrovnat (30).

Poskytuje jí emoční podporu, redukuje úzkost, strach a pocity nejistoty a stále se snaží zvyšovat její sebevědomí (24). Při propuštění by žena měla být schopná postarat se řádně o novorozence a být dostatečně poučená o tom, na koho se má obrátit v případě problémů (28).

Ženám v šestinedělí může porodní asistentka pomáhat také po propuštění z porodnice v domácím prostředí při tzv. komunitní péči. Soustředuje se na tělesné a psychické zdraví ženy a hodnotí sociální prostředí, ve kterém s dítětem žijí. Předchází zdravotním komplikacím a napomáhá dlouhodobému kojení. Podporuje ženy v jejich mateřské roli, v partnerských i rodinných vztazích a postavení v rámci celé komunity. Přispívá k lepší psychické pohodě a zvýšení sebedůvěry ženy. Bohužel tato služba v dnešní době není příliš rozšířená z důvodu nedostatečné podpory ministerstva zdravotnictví (33).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

V rámci výzkumu této bakalářské práce „Dopad problematického kojení na psychiku ženy“ byly stanoveny dva cíle.

Cíl 1: Zjistit dopad problematického kojení na psychiku ženy.

Cíl 2: Zjistit, s kým ženy řeší problémy s kojením.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě těchto dvou cílů vplynuly dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem ovlivňuje psychiku ženy problémové kojení?

Výzkumná otázka 2: S kým ženy řeší problémové kojení a kde hledají pomoc?

## 3 METODIKA

### 3.1 Metodika a technika výzkumu

K provedení výzkumného šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru (34). Rozhovory probíhaly se ženami v jejich domácím prostředí v průběhu měsíce března roku 2015. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Respondentky byly ujištěny o využití dat výhradně pro bakalářskou práci se zřetelem na zachování anonymity. Všechny ženy podepsaly souhlas s účastí na výzkumu.

Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentek vždy prvotně nahrány na záznamové zařízení a poté doslovně přepsány do textové podoby a vytištěny. Byla provedena obsahová analýza metodou papír a tužka a poté zpracování získaných dat kategorizací (34).

Rozhovor obsahoval 12 základních předem připravených otázek (viz Příloha 4) a podle potřeby byly respondentkám položeny doplňující otázky. První otázka se týkala identifikačních údajů (věk, vzdělání, povolání, počet porodů, počet kojených dětí). Ostatní otázky byly zaměřeny na problematiku kojení. V textu výzkumného šetření byly použity přímé výpovědi respondentek ze získaných z rozhovorů. Tyto citace byly pro lepší přehlednost označeny kurzívou. Respondentky byly kvůli zachování anonymity označeny jako R1 až R8. Pořadí bylo určeno náhodně.

Odpovědi respondentek byly uspořádány do jedné kategorie (Způsob výživy – Kojení) a osmi podkategorií (Volba způsobu výživy, Názor rodiny, Informovanost žen, Příprava na kojení, Průběh kojení, Přístup S/PA, Problémy při kojení, Pocity žen). Nejpodstatnější skutečnosti byly uspořádány do schémat a kategorizačních tabulek.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily ženy v období 6 měsíců po porodu, u kterých se objevily problémy s kojením. Respondentky pro kvalitativní šetření byly získávány metodou „sněhové koule“ (34). Všechny 8 oslovených žen dobrovolně souhlasilo s účastí na výzkumu. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí žen v předem dohodnutém termínu během měsíce března 2015. Ženy pocházely z okresu Strakonice, Prachatice a Písek. Věk respondentek se pohyboval mezi 22 a 37 lety. Šest respondentek bylo po prvním porodu, z toho jedna porodila dvojčata, jedna respondentka byla po druhém porodu a jedna respondentka po třetím porodu. Ženy měly různé vzdělání i povolání.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 4.1 Kategorizace dat

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk	Vzdělání	Povolání	Počet porodů	Počet dříve kojených dětí
R1	27	vyučena	kuchařka	1	0
R2	24	SŠ	dělnice	1	0
R3	26	SŠ	vychovatelka na ZŠ	1	0
R4	37	SŠ	obchodní zástupce	3	2
R5	29	VŠ	pracovnice sociálních služeb	1-gemini	0
R6	22	VŠ	úřednice	2	1
R7	27	SŠ	účetní	1	0
R8	26	SŠ	pečovatelka	1	0

Věk respondentek je v rozmezí 22 – 37 let. Vyučena bez maturity je jedna respondentka (R1), pět žen má středoškolské vzdělání s maturitou (R2, R3, R4, R7, R8) a dvě ženy dosáhly vysokoškolského vzdělání (R5, R6).

Každá respondentka má jiné zaměstnání. R1 pracuje jako kuchařka, R2 je zaměstnána jako dělnice, R3 působí na základní škole jako vychovatelka. R4 pracuje jako obchodní zástupce, R5 je pracovnící v sociálních službách. R6 vykonává povolání úřednice, R7 pracuje jako účetní a R8 je zaměstnána jako pečovatelka.

Šest respondentek rodilo jednou (R1, R2, R3, R5, R7, R8), jedna z nich porodila dvojčata (R5). Jedna žena rodila podruhé (R6) a jedna potřetí (R4).

V závislosti na počtu porodů šest respondentek (R1, R2, R3, R5, R7, R8) nemělo žádné předchozí praktické zkušenosti s kojením, jedna respondentka kojila v minulosti jedno dítě (R6) a jedna žena kojila již dříve dvě děti (R4).



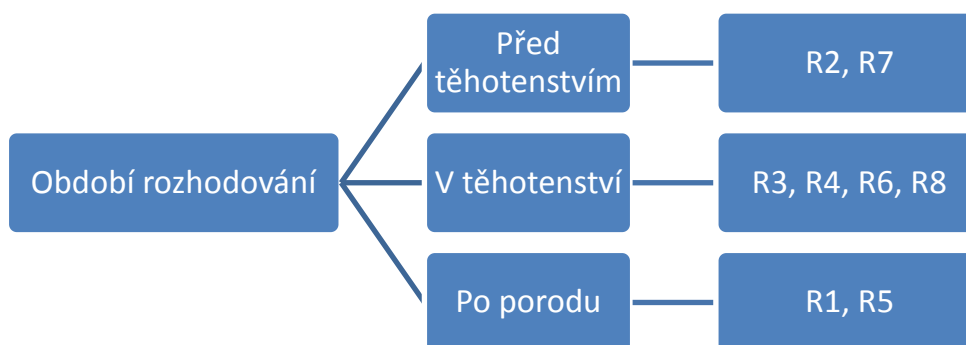
Na základě rozhovorů a informací z nich získaných byla pro výzkumné šetření stanovena jedna kategorie a osm podkategorií (viz Schéma 1).

Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie



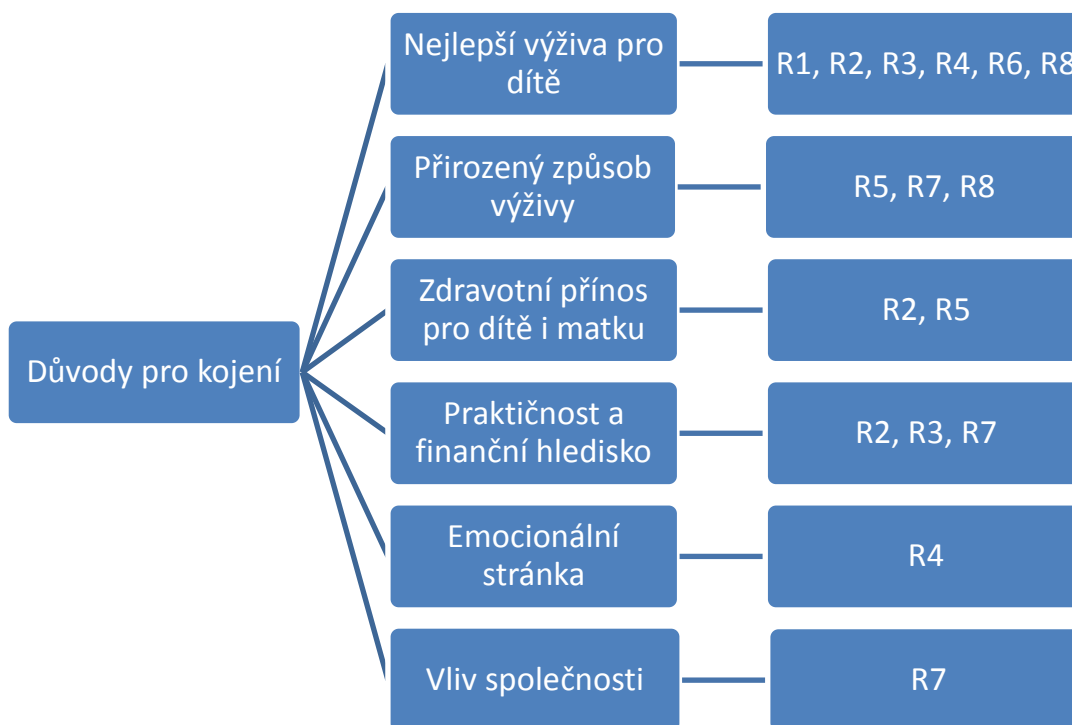
## Podkategorie 1. Volba způsobu výživy

Schéma 2 Období rozhodování



O způsobu výživy se již před těhotenstvím rozhodovaly 2 respondentky (R2, R7). Uvedly, že kojit chtěly vždy, nikdy nepřemýšlely, že by jejich děti měly dostat umělou výživu. R2 odpověděla: „*Kojení byla jasná volba, o tom jsem byla přesvědčená už při plánování těhotenství.*“ Až v těhotenství řešily výživu dítěte čtyři respondentky (R3, R4, R6, R8). R3 uvedla: „*O způsobu výživy jsem se rozhodovala v průběhu těhotenství. Všem jsem nechala volný průběh a problémy řešila aktuálně až po porodu.*“ R8 řekla: „*Asi nemohu říct, že jsem o tom nějak zvlášť přemýšlela. Před těhotenstvím už vůbec, dítě přišlo neplánovaně, ale umělou výživu jsem mu dávat nechtěla, o tom jsem byla přesvědčená.*“ Zbývající dvě respondentky (R1, R5) se zabývaly výživou dětí až po porodu. Obě shodně uvedly, že měly problematické těhotenství a spíše řešily zdravotní komplikace. R5 sdělila: „*Jelikož jsem čekala dvojčata a měla plánovaný císařský řez, pochybovala jsem, jestli kojení bude vůbec možné. Spíše jsem čekala, v jakém stavu budou děti po porodu a kolik budu mít mléka. Kojení jsem se nebránila a ani krmení umělou výživou jsem ale nezavrhovala.*“

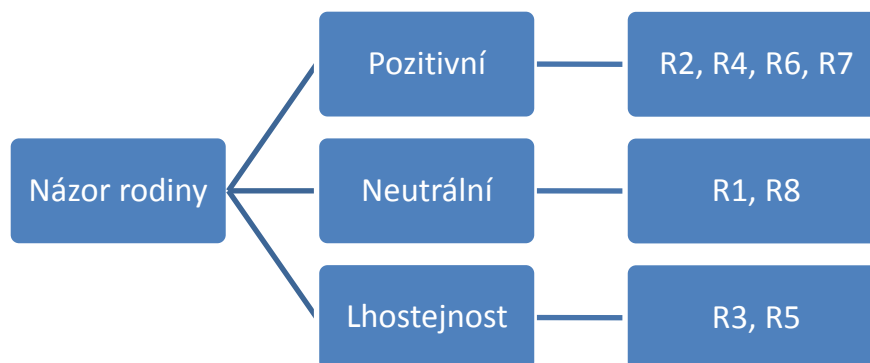
Schéma 3 Důvody pro kojení



Respondentky se téměř shodly ve výpovědi, že kojení je pro dítě ta nejlepší výživa, kterou může dostat. Takto odpovědělo šest žen (R1, R2, R3, R4, R6, R8). Tři respondentky označily kojení jako přirozený způsob výživy pro dítě (R5, R7, R8). R8 uvedla: „Přišlo mi normální, že se děti kojí. Příroda to tak zařídila, tak je to asi to nejlepší pro dítě.“ Dvě respondentky zmínily konkrétně zdravotní přínosy jak pro dítě, tak pro kojící ženu (R2, R5). Tři respondentky uvítaly jako pozitivum také praktickou stránku kojení a finanční hledisko (R2, R3, R7). R2 se vyjádřila: „Důležité pro mě bylo v první řadě zdravotní hledisko. Pak taky praktičnost, mléko je neustále v pohotovosti, a finanční stránka – je úplně zadarmo.“ Jedna respondentka (R4) kladla mimo jiné důraz na prožitky během kojení: „...ten pocit, který má maminka s miminkem, když ho kojí je nepopsatelně nádherný. Jsou to chvílky, které máme jenom pro sebe.“ Jedna respondentka (R7) připustila také vliv společnosti na jejím rozhodnutí kojít. Doslova řekla: „O kojení se mluvilo pořád, měla jsem pocit, že žena, která nekojí, by neměla děti ani mít.“

## Podkategorie 2. Názor rodiny

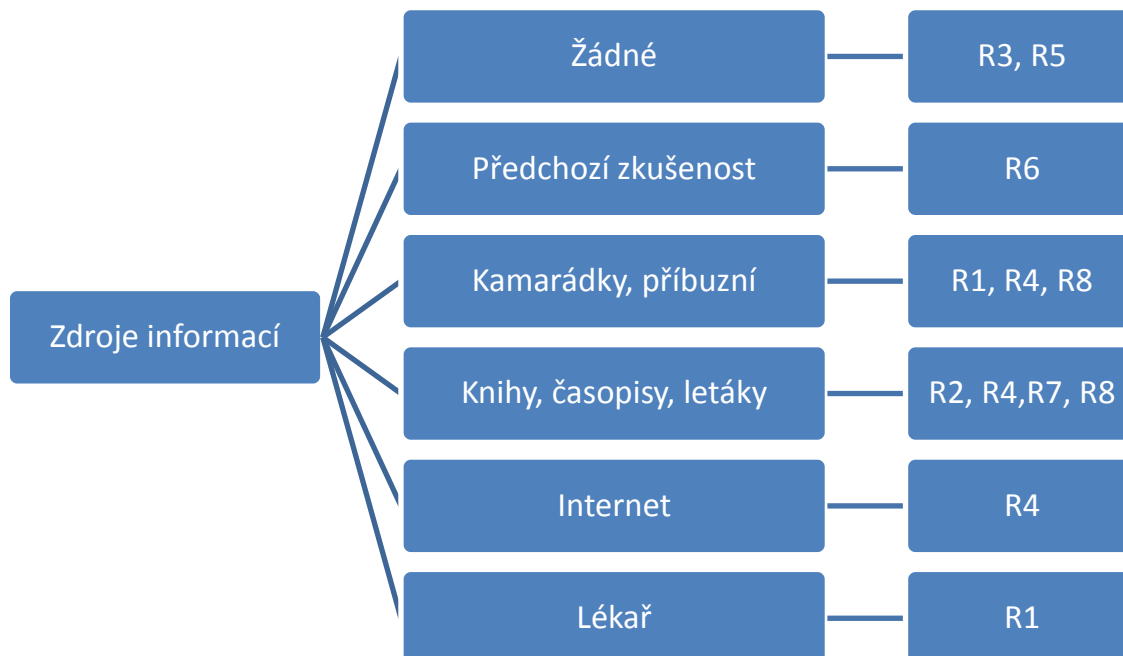
Schéma 4 Názor rodiny



Čtyři respondentky (R2, R4, R6, R7) uvedly, že jejich partner, manžel nebo jiní členové rodiny je v kojení podporovali a viděli v tomto způsobu výživy pozitiva a s kojením souhlasili. R2 řekla: „Partner i rodina sdílí stejný názor jako já. Kojení je zdravé, praktické, finančně nenáročné. Není nic lepšího. Měla jsem jejich podporu.“ R7 odpověděla: „Partner to bral tak, jak to je – kojení se všemi výhodami je fajn, ale když to nejde, tak to nejde.“ Dvě respondentky (R1, R8) sdělily, že postoj rodiny byl neutrální. R1 popisovala názor partnera na kojení: „...vždy se přikloní na moji stranu, takže mě v tomto směru podporoval, ale nikdy mi přímo neřekl, že by chtěl, abych kojila, nebo nekojila.“ R8 se vyjádřila k postoji svého partnera a svých rodičů: „Nebyli přesvědčeni o tom, že to dítěti prospívá nebo že to potřebuje. Proti kojení nebyli, dokud se neobjevily problémy.“ Lhostejný přístup bez zájmu popisovaly také dvě respondentky (R3, R5). R3 uvedla: „Můj manžel nechával vše na mně. Nikterak nezasahoval do způsobu výživy. To, že jsem po porodu začala kojit, bral jako samozřejmost, která k miminku patří.“ R5 vypověděla: „Téma kojení jsem s manželem neprobírala. Nezajímal se o to a já jsem se ho neptala. Všechno kolem krmení dětí jsem řešila sama. Názor ostatních členů rodiny neznám, neměla jsem potřebu to zjišťovat a bydlíme dost daleko od nich, takže mi do toho nemluvili.“

### Podkategorie 3. Informovanost žen

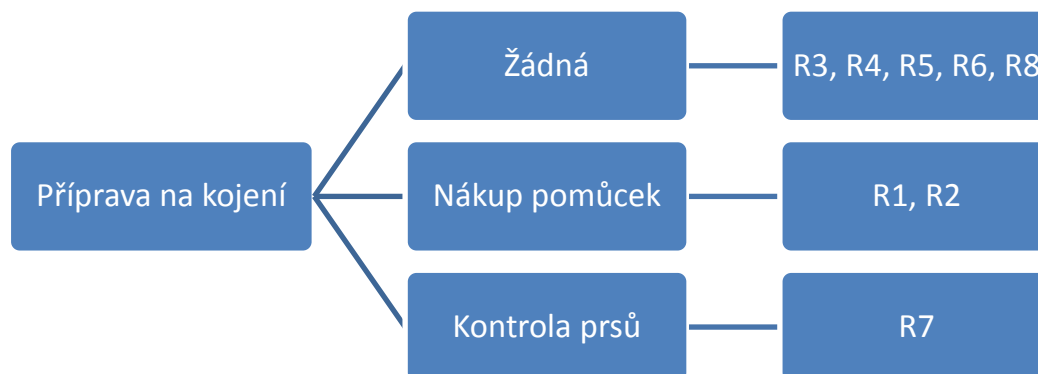
Schéma 5 Zdroje informací před porodem



V oblasti informovanosti žen před porodem dvě respondentky (R3, R5) shodně odpověděly, že se o kojení vůbec nezajímaly. R5 uvedla: „*Na předporodní kurz jsem nechodila a ani v poradně u doktora mi nikdo nic neřekl. První informace jsem dostala až po porodu v nemocnici.*“ Jedna respondentka (R6) také sama žádné informace o problematice kojení nevyhledávala, opírala se jen o zkušenosti s kojením u předchozího dítěte: „*...spoléhala jsem se, že už o tom něco vím.*“ Tři respondentky (R1, R4, R8) uvedly, že se o kojení bavily s kamarádkami nebo s někým z rodiny. Knihy, časopisy, letáky apod. využily k získání informací čtyři respondentky (R2, R4, R7, R8). R2 se vyjádřila: „*Samozřejmě jako každá prvorodička jsem v těhotenství studovala z knih informace o těhotenství, porodu, šestinedělí a také kojení. Případně o možnostech náhrady kojení, pokud nastane problém.*“ Jedna respondentka (R4) využívala mimo jiné jako zdroj informací internet a jedné ženě (R1) poskytl informace lékař: „*Já jsem to neřešila, měla jsem za to, že problémy s kojením být nemohou. Informace jsem měla sporadicky od matky a lékaře.*“

#### Podkategorie 4. Příprava na kojení

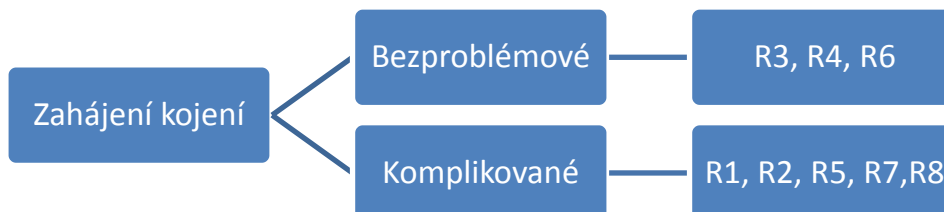
Schéma 6 Příprava na kojení



Více než polovina dotazovaných žen, tedy pět respondentek (R3, R4, R5, R6, R8), uvedla, že se na kojení žádným způsobem nepřipravovaly. R3 řekla: „*Na kojení jsem se vůbec nepřipravovala. Vše se odvíjelo až v době po porodu podle stavu situace.*“ R4 řekla: „*Nijak speciálně jsem se nepřipravovala, jen jsem věděla, že se budu snažit, abych mohla kojit...*“ R5 odpověděla: „*Nechávala jsem tomu volný průběh. Buď to půjde samo, nebo ne. Nepředpokládala jsem jiný problém, než že budu mít pro obě děti málo mléka, tak jsem o tom nepřemýšlela.*“ R6 uvedla: „*Nikterak jsem se nepřipravovala, čekala jsem, že to půjde samo. Na kojení jsem se těšila a doufala jsem, že vydržím kojit déle než poprvé.*“ Dvě respondentky (R1, R2) udaly jako přípravu na kojení nákup pomůcek. V obou případech šlo o odsávačku mateřského mléka. Pouze jedna respondentka (R7) uvedla, že si nechala vyšetřit prsy praktickým lékařem: „*...měla jsem pocit, že moje prsa nejsou nějak ke kojení ideálně stavěna, bradavky malé a vpáčené...řešila jsem to s praktickým lékařem. Ujistil mě, že je vše v pořádku, připadala jsem si jako naprostý pitomec a brala to jako uzavřenou věc, že jsem pro kojení vybavena dobře. Dnes si myslím, že to tak není. V porodnici jsem se dozvěděla, že existují formovače bradavek.*“

## Podkategorie 5. Průběh kojení

Schéma 7 Zahájení kojení

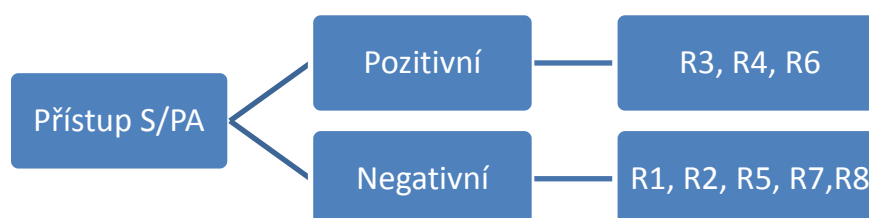


Tři respondentky (R3, R4, R6) uvedly, že kojení bylo hned od počátku bezproblémové a splňovalo jejich představy. Všem těmto ženám byl novorozenec přiložen k prsu po porodu ještě na porodním sále. Všechny tři rodily spontánně. R3 odpověděla: „S kojením jsme začali hned po porodu ještě na porodním sále. Na oddělení šestinedělí mi pomáhaly dětské sestřičky a porodní asistentky. S průběhem jsem byla spokojená. Žádné problémy se neobjevily a syn hned napoprvé krásně sál. Nebylo proč si dělat starosti.“ R4 popisovala první kojení takto: „...hned na porodním sále se přisál na skoro dvacet minut, bylo to nádherné. Dokonce nad očekávání šlo všechno hladce hned od začátku.“ Zbývajících pět respondentek (R1, R2, R5, R7, R8) udávalo při zahájení kojení nějaké problémy nebo nespokojenost. Z rozhovoru vyplynulo, že R1, R5 a R7 rodily císařským řezem a R2 a R8 spontánně. R1 popisovala: „Po porodu to bylo komplikované tím, že jsem byla po císařském řezu a malá se nechtěla přisát. Myslela jsem si, že kojení je přirozené a přijde samo. Takže mé představy o kojení byly hodně nepřesné.“ R2 řekla: „Začátek nebyl vůbec jednoduchý. Nakonec už v porodnici jsme dostávaly příkrm. Dcera hodně plakala. Určitě jsem si to tak nepředstavovala a byla jsem zklamaná. Měla jsem pocit, že jsem selhala.“ R5 uvedla: „Rodila jsem v 35. týdnu akutně císařským řezem a děti jsem viděla až druhý den. Ani jedna dcera nechtěla pít. Vůbec neměly o prso zájem a nepřisály se. Pak na mě sestry zavolaly laktační poradkyni, zkoušely i kloboučky, ale holky si prso vůbec nevzaly. Třetí den po porodu usoudily, že děti z prsu sát nebudou a daly mi odsávačku. Každé 3 hodiny jsem odsávala a děti se krmily mým mlékem nejdřív stříkačkou a pak z lahve...překvapilo mě, že děti vůbec nechtěly sát. Nečekala jsem, že by mohl být jiný

*problém než s množstvím mléka. Byl to pocit velké frustrace a zklamání, když se dítě narodí a hned se něco nedaří.“ R7 se vyjádřila: „S kojením jsem doslova bojovala hned od začátku. Nedokážu posoudit, jestli já a nebo zdravotníci někde něco podcenili. Nedávám nikomu vinu, přestože moje původní představa byla samozřejmě kojení.“ R8 uvedla: „Představovala jsem si, že kojení půjde samo, ale holčička se špatně chytala a mladá sestřička, porodní asistentka čerstvě vystudovaná, mi řekla, že jsem si hned na začátku nechala rozkousat bradavky, tudíž mi kojit nepůjde. Tím mě srazila na kolena.“*

### Podkategorie 6. Přístup sester/porodních asistentek

Schéma 8 Přístup sester/porodních asistentek



S přístupem sester a porodních asistentek ke kojení měly tři respondentky (R3, R4, R6) pozitivní zkušenost. Byly to všechny ty, které zhodnotily zahájení kojení jako bezproblémové. R4 se vyjádřila: *„Sestřičky byly skvělé, ve všem mi radily a kojení mi šlo. Jediné, co se mi nelíbilo, že dětská doktorka třetí den chtěla, abych přidávala příkrm, protože syn ještě nepřibral, což mi přišlo zbytečné. Jsem ráda, že sestřičky byly na mojí straně a zvládli jsme to bez něj. Hned další den už syn začal přibývat.“* R6 zhodnotila pomoc sester a porodních asistentek s kojením a jejich přístup takto: *„Zdálo se mi, že dokonce lepší, než při prvním porodu. Byly moc příjemné. Možná to bylo i tím, že jsem už měla s kojením přece jen nějaké zkušenosti s prvním dítětem. Nebyly žádné problémy a psychicky jsem byla naprosto v pohodě. Užívala jsem si, že nám to jde.“* Ostatních pět respondentek (R1, R2, R5, R7, R8) uvedlo, že s přístupem sester či porodních asistentek nebyly spokojeny. Dvě z nich (R1, R5) měly pocit, že jsou ke kojení nuceny, a stěžovaly si na nejednotný přístup. R1 řekla: *„Takový přístup bych u matky s prvním dítětem nečekala. Připadalo mi, že jsem do všeho nucena, že jiná*



cesta tudy nevede. A informace jsem dostávala zmatené, protože každá sestřička to vysvětlovala jinak podle svého a já měla informace jen částečné...“ R5 odpověděla: „Moje pocity byly rozporuplné. Jejich jednání se mnou bylo nejednotné a každá říkala něco jiného. Chovaly se ke mně navíc dost nešetrně. Když mi s kojením pomáhaly, bylo to i bolestivé. Neměla jsem z toho vůbec dobrý pocit. Ani mě nepochválily, že se snažím, nepovzbudily. Bylo to demotivující. Pořád jsem jenom slyšela, že musím kojít.“ Další tři respondentky (R2, R7, R8) měly naopak pocit, že sestry se příliš nesnaží a kojení není důležité. R2 si stěžovala: „Přístup sestřiček byl značně laxní. Ukázaly mi polohu vleže a víc nic. Když pak byl problém, přinesly flašku a nesnažily se mi víc pomoci.“ R7 řekla o své zkušenosti: „...až tak moc se mě sestřičky nesnažily rozkojit. Ale mají to vůbec v náplni práce?“ R8 popisovala přístup sester a porodních asistentek ohledně kojení takto: „Měla jsem pocit, že hrozný. Prostě to na mě dělalo dojem, že nejdou prsa, tak dáme láhev a jde se dál.“

### Podkategorie 7. Problémy při kojení

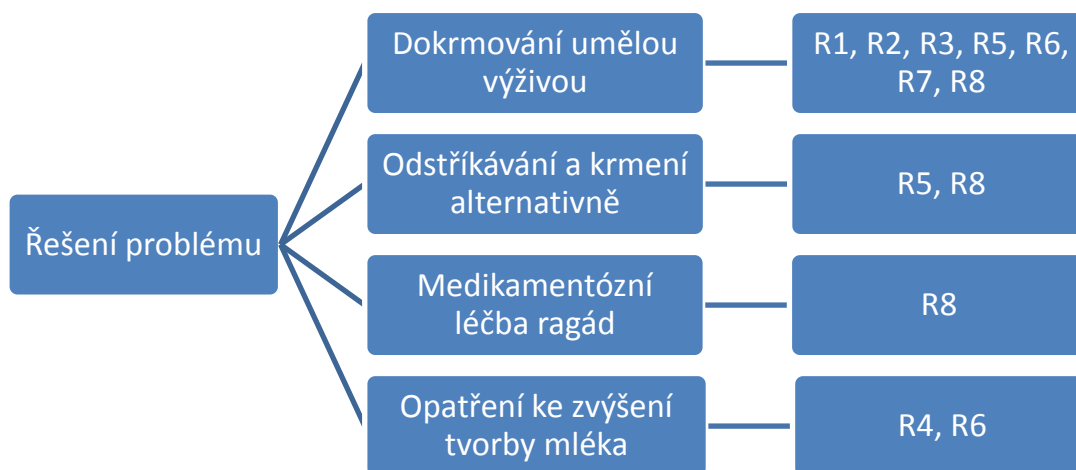
Schéma 9 Charakter potíží



V této otázce jsme zjišťovali, jaké problémy řešily respondentky v průběhu prvních šesti měsíců po porodu. Dvě z nich (R4, R6) uvedly pouze jeden problém. Ostatních šest žen (R1, R2, R3, R5, R7, R8) uvedlo více komplikací. Některé spolu souvisely, jiné byly oddělenou záležitostmi.

Čtyři respondentky (R1, R2, R3, R8) udaly jako problém hmotnost dítěte. Děti buď přibývaly málo, nebo vůbec. R1 uvedla o své dceři: „Mezi 4. a 5. měsícem přestala přibývat na váze a byla nevrhá a plačtivá.“ R2 řekla: „Problémy se objevily hned v porodnici. S tím, že malá neustále plakala a špatně se přisávala k prsu a nepřibírala.“ R3 popisovala: „Problém nastal ve 3. měsíci, kdy začal syn razantně ubývat na váze a kojení pro něj nebylo dostačující.“ R8 hodnotila stav dcery: „...doma malá dost blinkala a nepřibývala podle tabulek. Jinak ale byla spokojená a mléka jsem měla dost.“ Pět respondentek (R1, R2, R5, R7, R8) udávalo jako problém potíže při přikládání dítěte ke kojení. Děti se špatně přisávaly k prsu nebo ho odmítaly. R5 odpověděla: „Kojení nešlo hned od začátku, holky se vůbec nepřisávaly. Mléka jsem měla dost pro obě...až po 3 měsících ho bylo míň.“ R8 uvedla: „...začala dělat problémy při pití a okolo 3. měsíce přestávala chytit prso...“ Nedostatek mléka řešilo pět respondentek (R3, R4, R5, R6, R7). R4 řekla: „První problém přišel ve třech měsících, kdy jsem měla pocit, že mám málo mléka.“ R6 odpověděla: „Na konci 4. měsíce jsem postupně ztratila mléko...syn plakal a mléka bylo stále méně, až téměř vůbec žádné.“ U jedné respondentky (R8) se objevilo také poranění bradavek a to už v porodnici.

Schéma 10 Řešení problému

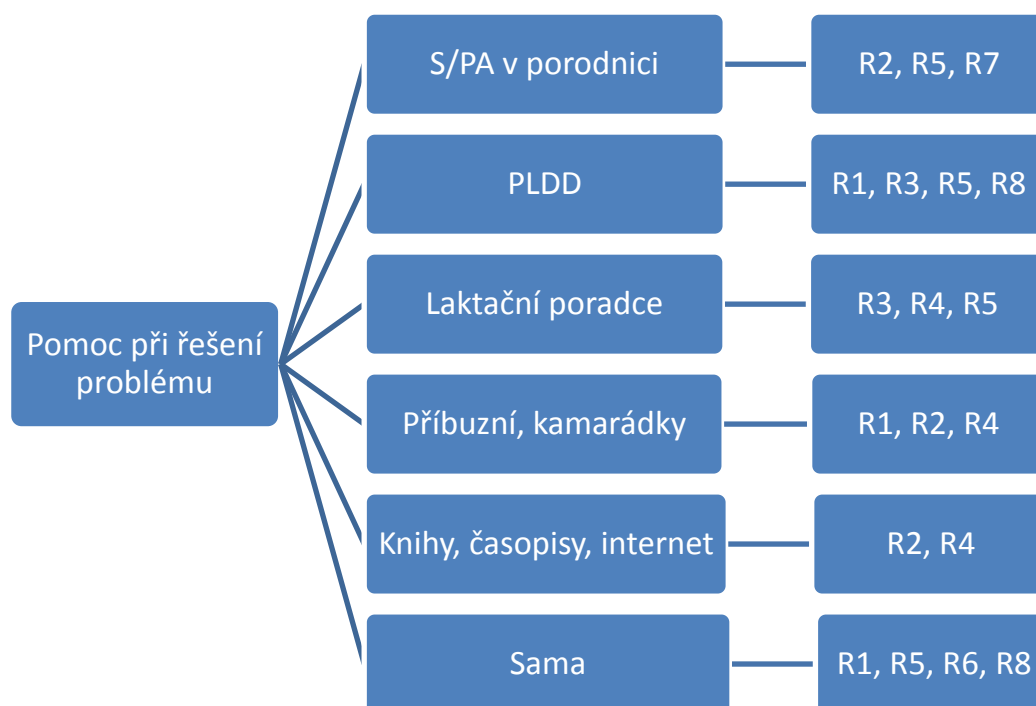


Sedm respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8) řešilo problém s kojením tak, že začaly své děti přikrmovat umělou výživou. Žádná z nich se poté již nevrátila k plnému

kojení a všechny postupně přešly na krmení pouze umělou výživou. Dotazované respondentky R1, R2, R3 a R7 začaly podávat umělou výživu, aniž by se předtím pokusily o jiné řešení. R1 uvedla: „*Dceru jsem opakovaně kojila a vážila u dětské doktorky v ordinaci. Ta mi doporučila, abych začala dokrmovat umělým mlékem. Po kojení ještě vypila tak 40-60 ml. To nám vydrželo asi měsíc, pak jsem přestala kojit úplně.*“ R7 řekla: „*Teoreticky je všechno snazší, je těžké něco odstraňovat, protože je jaksi málo času. Dítě má každé 2-3 hodiny hlad a to mléko se nevykouzlí...na umělé výživě jsme šla hned z porodnice.*“ Respondentky R5, R6 a R8 začaly podávat umělou výživu až poté, kdy neúspěšně zkoušely vyřešit situaci jinak. Dvě respondentky (R5, R8), jejichž děti odmítaly prs, se před zavedením umělé výživy pokoušely odstříkávat mateřské mléko a tím pak své děti krmit jiným způsobem. R5 uvedla: „*Mléka jsem měla dost pro obě, tak jsem ho odstříkávala a krmila nejprve stříkačkou a pak z láhve. Až po 3 měsících ho bylo míň. Tak jsem začala přidávat i Sunar. Asi v 5 měsících jsem záměrně odstříkávala v delších intervalech a přešla jsem postupně na krmení jenom Sunarem.*“ R8 řekla: „*Neměla jsem málo mléka, jen dcera měla menší váhové přírůstky, protože hodně blinkala. Přesto mě všichni nutili dokrmovat. Já jsem strašně nechtěla, měla jsem pocit, že v mléce žádný problém není. Byla jsem z toho tak špatná, až malá začala dělat problémy při pití a okolo 3. měsíce přestávala chtít prso. Tak jsem alespoň odstříkávala a kojila jsem pouze v noci, kdy napůl spala a nerozčilovala se u prsu. Od čtvrtého měsíce jsem už nevydržela nátlak a děcko dokrmovala, čímž jsem teda malou jakoby utvrdila v tom, že prs ne...vlastní mléko mi ale tímto způsobem vydrželo pouze do 5. měsíce, od té doby už nekojím vůbec.* R8 řešila ještě ihned po porodu a zahájení kojení poraněné bradavky, a to za použití mastí podporujících hojení. Tento problém úspěšně odstranila s udržením plné laktace. Dvě respondentky (R4, R6) uvedly, že problémy s množstvím mléka řešily dodržováním postupů, které vedou ke zvýšení tvorby mateřského mléka. R4 se tímto podařilo potíže vyřešit, R6 byla neúspěšná a posléze začala dítě přikrmovat umělou výživou. R4 řekla: „*Dělala jsem všechno, co mi poradili – obklady, masáže prsů, časté kojení. Připadala jsem si, že víc tekutin a kojících čajů a homeopatik už v životě nevypiju. Laktační krize trvala celý týden, ale byla jsem trpělivá a syn také.*“ R6 odpověděla: „*Zkoušela jsem častěji přikládat k prsu*

*a dodržovat svědomitě svoji výživu, abych zase měla mléko, ale syn plakal a mléka bylo stále méně, až téměř vůbec žádné. Začala jsem ho přikrmovat Nutrilonem a on pak během tří dnů již k prsu vůbec nechtěl.“*

Schéma 11 Pomoc při řešení problému

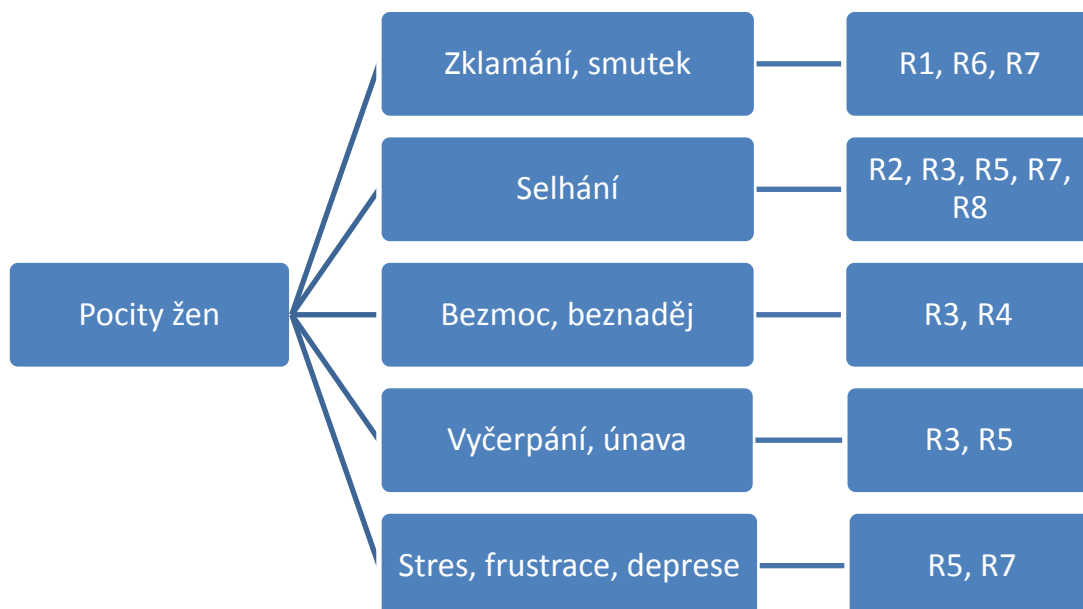


Toto schéma popisuje, kam se ženy obracely o pomoc při výskytu problémů. Tři respondentky (R2, R5, R7) uvedly, že již v porodnici oslovily dětské sestry či porodní asistentky. R2 uvedla: „Samozřejmě jsem hledala radu u sestřiček, ale měla jsem pocit, že obtěžuju...“ R5 sdělila: „V nemocnici jsem postupovala podle rad laktančních poradkyň a sester z oddělení, ale každá říkala něco jiného. Tak jsem se snažila najít nějaký svůj systém, ale moc to nešlo. Bylo to strašně vyčerpávající. Každé 3 hodiny jsem odstříkávala a pak děti krmila. Jedno krmení bylo minimálně na půl hodiny, takže jenom hodinu jsem děti krmila. Pak jsem měla hodinu a půl „volno“ a zase jsem šla odstříkávat. Sestry mi při krmení s dětmi nepomáhaly. Ale nutily mě odstříkávat i v noci, takže jsem se vůbec nevyspala a byla jsem hrozně vyčerpaná. Bylo to pořád dokola. Ale při jejich přístupu jsem se bála jakkoliv protestovat.“ S dětským lékařem se ženy radily

ve čtyřech případech (R1, R3, R5, R8). Vždy jim bylo doporučeno přidat dítěti umělou výživu. R3 řekla: „*Bylo pro mě dost psychicky náročné denně dojíždět za dětskou lékařkou na vážení spojené s kojením a znovu vážení po kojení. Výsledek byl takový, že po 14 dnech nervů a psychického vypětí jsme skončili na umělém mléce.*“ R8 uváděla: „*Pediatr mě nutil dokrmovat...Měla jsem pocit, že jsem obklopena pouze lidmi, kteří razili názor, že když dítě přibývá málo, mléko mu nestačí a musí se dokrmovat, ať to byl můj partner, rodina, kamarádky, gynekolog. A nejvíce mě od kojení odrazovala sestřička u pediatra. Nesouhlasila jsem s nimi, tak jsem to zkoušela po svém.*“ Služeb laktačního poradce využily tři respondentky (R3, R4, R5). R4 odpověděla: „*Neváhala jsem jí hned zavolat, chtěla jsem to začít řešit co nejdříve, kontakt jsem měla už z porodnice. Taky jsem se poptávala kamarádek z okolí a hledala na internetu, co by mi mohlo pomoci.*“ Příbuzné nebo známé oslovily tři respondentky (R1, R2, R4). R1 a R2 se radily se svou matkou jakožto zkušenější ženou a R4 se obrátila na známé maminky ve svém okolí. Dvě respondentky (R2, R4) hledaly také informace v publikacích pro kojící ženy, časopisech nebo na internetu. Čtyři respondentky (R1, R5, R6, R8) se také snažily najít vlastní řešení problému.

## Podkategorie 8. Pocity žen

Schéma 12 Pocity žen

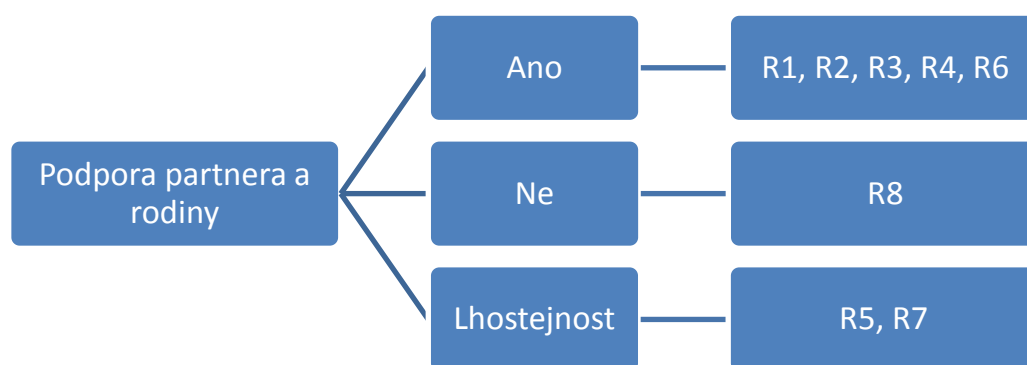


Ženy popisovaly při problematickém kojení různé pocity od mírného zklamání až po depresivní stavy. Tři respondentky (R1, R6, R7) uváděly, že byly zklamané nebo smutné, že nevydržely kojit své dítě déle. R1 a R6 se s tím vyrovnaly snadno. R6 řekla: „U dcery mě mrzelo, že jsem ji kojila krátkou dobu, chtěla jsem kojit samozřejmě déle, ale brala jsem to tak, že když jsem mléko ztratila, nedá se nic jiného dělat.“ R7 popisovala v souvislosti s nedostatkem mléka ještě další výraznější emoce. Pocit selhání v roli matky udávalo pět respondentek (R2, R3, R5, R7, R8). R5 se vyjádřila: „...v průběhu hospitalizace jsem byla pod velkým tlakem sester, že musím kojit...vysloveně mě k tomu nutily...měla jsem z nich pocit, že kdybych přestala s kojením, děti by to asi nepřežily, to mě dost stresovalo a bála jsem se o ně. Sestry trápily mě i děti, všechno mohlo probíhat klidněji, kdyby mě vyslechly.“ R8 odpověděla: „Měla jsem pocit, že se všichni zbláznili a já jsem špatná matka, že nejsem schopná přesvědčit okolí, že mému dítěti nic neschází. Hodně jsem tenkrát plakala...byla jsem na to sama...když jsme začaly s malou chodit na cvičení, tam všechny maminky stejně staré děti ještě kojily, měla jsem pocit, že jsem selhala.“ Dvě respondentky (R3, R4) líčily

pocity bezmoci a beznaděje. R3 řekla: „*Chtěla jsem kojit co nejdéle, pocity byly všelijaké...bezmoc, beznaděj, vyčerpání, pocit selhání. Mluvila jsem o tom s kamarádkou a s manželem.*“ R4 uvedla: „*Připadala jsem si bezradná, kojení bylo téma číslo jedna, ale vytrvat byl jediný cíl. Řešila jsem to s ostatními maminkami, čerpala různé rady...*“ Dvě respondentky (R3, R5) popisovaly také psychické a fyzické vyčerpání a únavu. R5 uvedla: „*...po 3. měsíci už jsem to fyzicky a psychicky nezvládala – jenom jsem odstříkávala a krmila, manžela to nezajímalo. Probírala jsem to pouze s kamarádkami, které občas přišly.*“ Dvě respondentky (R5, R7) mimo jiné zmínily stres, pocity frustrace nebo deprese. R7 uvedla: „*...hrozné, byla jsem totálně vydeptaná. Nějakou dobu jsem slovo kojení nemohla ani slyšet. Byla jsem v depresi, smutná, zklamaná, vystresovaná, na tohle období nemám úplně dobré vzpomínky...měla jsem to uzavřené v sobě a s nikým to moc neřešila, musela jsem se s tím vyrovnat sama...řešila jsem to maximálně s kamarádkami, které měly také miminka.*“

Respondentky R1, R2, R3 a R5 udávaly, že poté, co začaly podávat umělou výživu a viděly, že jejich děti jsou spokojené a přibývají na váze, se samy zklidnily, a jejich psychika se zlepšila.

Schéma 13 Podpora partnera a rodiny



Ve svých odpovědích respondentky popisovaly odezvu partnera a rodiny na jejich psychický stav nebo na jejich rozhodnutí ohledně řešení vzniklé situace. Pět respondentek (R1, R2, R3, R4, R6) odpovědělo, že měly plnou podporu rodiny, což jim pomohlo. R2 řekla: „*Partner i rodina mě podpořili, nikdo mi nic nevyčítal. Smířila jsem*

*se s tím, že kojit nebudu...to trápení jsme nakonec ukončili podáním umělé výživy a doma zavládl klid a rodinná pohoda.“ R3 uvedla: „Pomohli mi hlavně v podpoře psychického stavu.“ R4 řekla: „Nemůžu si stěžovat, že bych u partnera narazila na nepochopení. Byl stejného názoru, takže podpora z jeho strany byla veliká. Věděl, jak moc stojím o to kojit. Tak se staral o domácnost, abych se já mohla se synem mazlit a podpořila tak tvorbu mléka.“ Jedna respondentka (R8) se svěřila, že podpora ze strany jejích nejbližších nepřišla. Naopak, všichni stáli proti jejímu rozhodnutí nadále kojit a problém řešit jiným způsobem. Řekla: „Ta situace doma mě ničila. Manžel mě vůbec neposlouchal a já se tím pořád víc trápila, až začaly ty problémy s odmítáním prsu...což byl právě začarovaný kruh a další argument pro mého muže, že se nemám trápít s nějakým kojením a dát láhev.“ Dvě respondentky (R5, R7) uvedly, že ohledně krmení řešily vše samy, že jejich partner se otázkou výživy dítěte vůbec nezabýval. R5 sdělila: „...krmení nechával jenom na mě a nevyjadřoval se k tomu. Myslím, že mu bylo jedno, jestli dětem ohřeje odstříkané mléko nebo Sunar. Nakonec mě podpořil gynekolog, uklidnil mě, že se nic nestane, když nebudu plně kojit, že pro děti i pro mě je důležitá hlavně psychická pohoda i za cenu příkrmování. V tomhle směru jsem měla štěstí i na dětskou lékařku. Podporovala mě v krmení mateřským mlékem, že je to dobré pro děti, ale ne na úkor mého stavu.“*



## 5 DISKUSE

Kojení je v současné době považováno za nejlepší, nejpřirozenější formu výživy pro každé dítě. Mateřské mléko je komplexní svým složením a nelze ho ničím plnohodnotně nahradit. Přednosti mateřského mléka a samotného kojení jsou nepopíratelné. Dle WHO by mělo být dítě plně kojeno do 6 měsíců věku a dále s příkrmy do 2 let i déle. Většina matek se rozhodne po porodu své dítě kojit, ale pouze u části z nich probíhá kojení po celou dobu bezproblémově. Proto je potřeba poskytnout kojícím ženám odbornou praktickou pomoc i psychickou podporu (16).

Cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zjistit dopad problematického kojení na psychiku ženy a zjistit, s kým ženy řeší problémy s kojením. Výzkumný soubor tvořilo 8 žen v období 6 měsíců po porodu, které měly problémy s kojením. Výzkumné šetření bylo prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru. První otázka byla zaměřena na identifikační údaje žen, ostatní otázky již byly orientovány na problematiku kojení a zjištění zkušeností a názorů žen na toto téma.

O způsobu výživy svého dítěte by se žena měla rozhodovat již při plánování těhotenství nebo alespoň v jeho průběhu. Je to doba, kdy má dostatek času na získávání a utřídění nových informací, které je po porodu schopna využívat. Také dle Gregory a Paulové (12) žena po porodu není v rozpoložení vhodném pro přijímání nových informací. Je přecitlivělá, mnohdy unavená a je již zcela zaměřená na potřeby novorozence. Je schopná využívat praktickou pomoc, ale teoretické poznatky si mezi všemi ostatními informacemi nemůže dostatečně zapamatovat. Boledovičová (7) zdůrazňuje potřebu dostatečné informovanosti žen ke zvýšení jejich jistoty a sebedůvěry při kojení a tak i úspěšnosti kojení. Dvě respondentky (R2, R7) odpověděly, že byly rozhodnuty pro kojení ještě před otěhotněním. Čtyři ženy (R3, R4, R6, R8) udávaly jako období rozhodování právě těhotenství a zbývající dvě respondentky (R1, R5) se rozhodovaly až po porodu svých dětí. Všechny dotazované nakonec daly přednost kojení před umělou výživou. Jejich důvody byly různé, ale všechny v souladu s literaturou shodně uváděly kojení jako nejlepší výživu pro dítě (R1, R2, R3, R4, R6, R8) a/nebo přirozený způsob výživy dítěte (R5, R7, R8). Dalšími pozitivy kojení, které

ženy předkládaly, byly zdravotní přínos pro dítě i matku (R2, R5) a také praktičnost a finanční hledisko (R2, R3, R7). Překvapující bylo, že emocionální význam kojení uvedla pouze jedna respondentka (R4), jelikož si myslím, že představa matky kojící své dítě vyvolává právě řadu emocí. A žena, která se rozhodne své dítě kojit, se těší na společné chvíle strávené při krmení také proto, že bude v blízkosti svého dítěte a může mu tak projevat svou lásku. Fedor-Freybergh (29) ve své knize uvádí, že matka nekojí jen proto, aby dítě nakrmila, ale kojení je také prostředkem k vzájemnému emocionálnímu kontaktu. Jedna respondentka (R7) také uvedla jako důvod pro kojení vliv společnosti. Okolí ji přesvědčilo o nutnosti kojení natolik, že ho cítila jako povinnost vůči dítěti. Tento postoj považujeme za velice problematický, jelikož psychika ženy je velice zatěžována obavami o zvládnutí kojení.

Na délku kojení potažmo na psychiku ženy může mít vliv také postoj partnera a blízké rodiny ohledně výživy dítěte. Pokud by rodina byla proti kojení a ženu od kojení odrazovala, může se žena snadněji rozhodnout pro umělou výživu pro své dítě nebo obtížněji překonávat potíže při kojení. Samotný rozdílný názor může způsobit napětí v rodině a přispět tak k nepříznivému ovlivnění laktace. Mydlilová (13) poukazuje na nutnost rozšiřování povědomí o kojení u chlapců a mužů jakožto potencionálních budoucích otců, kteří budou důležitým článkem při volbě výživy dítěte po porodu a při podpoře matky při kojení. Také upozorňuje na význam informovanosti široké veřejnosti o výhodách kojení tak, aby přijímala kojení jako přirozený způsob výživy dítěte, kterou preferuje většina rodičů. Jako příznivé sledujeme reakce respondentek v tom smyslu, že žádná neuvedla, že by partner či rodina byli zcela proti kojení. Polovina z nich, tedy čtyři respondentky, (R2, R4, R6, R7) udávaly kladný přístup své rodiny ke kojení a plnou podporu z jejich strany. Dvě ženy (R1, R8) označily jejich postoj jako neutrální, kdy rozhodování nechali na ženě, ale její rozhodnutí podporovali. A dvě respondentky (R3, R5) popisovaly, že partneři do této problematiky vůbec nezasahovali a nezajímali se o ni.

Jak již bylo zmíněno, těhotenství je ideálním obdobím k získávání potřebných informací pro dobu po porodu. Žena má čas se na vše teoreticky připravit, aby si byla jistá svým rozhodnutím ohledně kojení a vyrovnaná a klidnější v případě potíží. Přesto

se ženy často spoléhají na to, že se kojení naučí až v porodnici, protože jde především o praktickou záležitost. Po porodu je ale již pozdě (7). Mnozí autoři (5, 7, 13, 21) se shodují v názoru, že právě nedostatečná informovanost žen může přispívat k obtížím při kojení nebo předčasnému ukončení kojení a jako možné zdroje informací uvádí různé publikace určené těhotným ženám a ženám po porodu, internetové stránky nebo také porodní asistentky či lékaře z prenatalních poraden, kteří mohou ženě erudovaně vysvětlit vše potřebné. Za nejpřínosnější však považují kurzy prenatalní přípravy, kterých se účastní oba rodiče. S tímto názorem souhlasíme. Porodní asistentka zde má možnost detailně probrat problematiku kojení s oběma rodiči, a to jak teoreticky, tak částečně i prakticky. Z praxe však lze říci, že párů, které navštěvují takové kurzy, je stále menšina. Z tohoto důvodu nebylo zarážející, že dotazované ženy neuvedly jako zdroj informací právě tyto kurzy. Avšak překvapivě se v žádné z odpovědí neobjevila ani porodní asistentka z prenatalní poradny, která by měla těhotným ženám potřebné informace zajistit. Respondentky využívaly svých předchozích zkušeností s kojením (R6) nebo zkušeností kamarádek či příbuzných (R1, R4, R8), také odborné publikace (R2, R4, R7, R8) nebo internetové zdroje (R4) a informace od lékaře (R1). Dvě ženy (R3, R5) uvedly, že se o problematiku kojení v těhotenství nezajímaly vůbec.

Již v těhotenství se může žena připravit na období kojení a do jisté míry tak předcházet některým možným komplikacím při kojení. Tato příprava nezahrnuje pouze již uvedené vzdělávání těhotných žen, ale, jak vyplynulo z výpovědí respondentek, také péči o prsy (R7) a přípravu pomůcek ke kojení (R1, R2). Literatura dále uvádí např. zdravý životní styl těhotné ženy bez alkoholu, kouření a drog, vyvážený stravovací a pitný režim ženy v graviditě a po porodu (13) nebo výběr porodnice s označením Baby-friendly Hospital (12, 16). Ze zkušeností víme, že je důležité také vyhledání kontaktu na regionálního laktačního poradce, aby žena věděla, na koho se v případě problémů obrátit. Boledovičová (7), Mydlilová (13), Gregora a Paulová (12) a jiní jednoznačně přikládají velký význam vyšetření prsů v těhotenství. Případný problém se vpáčenými bradavkami může být zásadní překážkou v kojení, ale včasným záchytem a léčbou pomocí formovačů bradavek se dá poměrně snadno vyřešit (16). Bohužel lékaři a porodní asistentky obvykle vyšetření ženám nenabízí a jen minimum žen o něj

požádá samo. Nejedna žena si stěžuje, že lékař jí odmítl vyšetřit prsy s argumentem, že to postačí až po porodu. Z dotazovaných žen si nechala prsy vyšetřit pouze jedna z nich (R7), a to u praktického lékaře. Měla obavy, že její bradavky jsou malé a vpáčené a při kojení by mohl nastat problém. Lékařem byla ujištěna, že je vše v pořádku, avšak v porodnici jí potvrdili opak. Pět žen z osmi dotázaných uvedlo, že se na kojení nepřipravovaly vůbec (R3, R4, R5, R6, R8). V této oblasti prevence je tedy mnoho, co zlepšovat. A právě porodní asistentky v prenatálních poradnách a kurzech předporodní přípravy mohou mnohé zažité postupy změnit.

Další otázkou výzkumného šetření byl průběh kojení a respondentky se vyjadřovaly k počátkům laktace po porodu. Lze předpokládat, že neúspěch na samém počátku laktace může ženu natolik stresovat, že to ovlivní i další průběh kojení. Na druhou stranu zdárný start povzbudí sebevědomí matky a ta je schopna snadněji zvládat případné obtíže. Tři respondentky (R3, R4, R6) označily zahájení laktace jako bezproblémové. Všechny tři ženy rodily spontánně a novorozenec jim byl přiložen poprvé už po porodu na porodním sále. Již toto první kojení bylo úspěšné a ženy se cítily být spokojené. Neměly žádné problémy s kojením ani na oddělení šestinedělí. Naproti tomu u pěti zbývajících respondentek (R1, R2, R5, R7, R8) se hned od počátku kojení nedařilo a vyjadřovaly se, že jejich představy o kojení se neshodovaly s realitou. Tři z těchto žen (R1, R5, R8) rodily císařským řezem, své děti poprvé kojily až s odstupem několika hodin a R5 až druhý den. Přesto všechny ženy počáteční problémy vyřešily a domů byly propuštěny s plnou laktací. Další dvě ženy (R2, R7) rodily spontánně a novorozenec byl přiložen ke kojení na porodním sále, nicméně již toto první kojení popisovaly ženy jako problematické a obě dvě své děti již v porodnici začaly dokrmovat umělým mlékem. Odborná literatura se jednoznačně shoduje v základních bodech, které je potřeba dodržovat při zahájení kojení ihned po porodu. Je to včasné přiložení novorozence ke kojení do 30 minut, maximálně do 2 hodin po porodu, dodržení správné techniky kojení bezvýhradně již od prvního přiložení, kojení bez omezování délky a frekvence kojení a plnění 10 kroků k úspěšnému kojení. V neposlední řadě autoři zdůrazňují zásadní význam systému rooming-in na odděleních šestinedělí, kdy matka i novorozenec pobývají 24 hodin denně spolu na jednom pokoji.

Schneidrová (19) uvádí, že u žen po operativním porodu se zásady na podporu kojení neliší od žen spontánně rodících, pokud to stav matky i novorozence dovolují. Boledovičová (7) také potvrzuje, že u žen po císařském řezu je možné první přiložení novorozence již do 2 hodin po porodu. V praxi se řešení odvíjí především od režimu oddělení, na kterých jsou matka a novorozenec po porodu umístěni, od jejich vzájemné vzdálenosti a také od počtu zdravotnického personálu a jeho ochoty se kojením zabývat. Co se týče pobytu matek s novorozenci na společném pokoji, můžeme říci, že je dnes již běžným standardem.

Způsob komunikace zdravotnického personálu s matkami po porodu významně ovlivňuje psychiku žen i úspěšný rozvoj laktace. Podpora kojení, jednotné instrukce pro kojící matky jakož i podpora psychického stavu, pochvala a povzbuzení mají velký význam pro úspěšné dlouhodobé kojení. Naopak rozpory v edukaci matek, nepříjemné chování ze strany dětských sester či porodních asistentek může u kojících žen způsobit mezery v informovanosti a vyvolávat stres, nejistotu a chyby při kojení. Hrozí poruchy laktace a předčasné ukončení kojení. Dotazované respondentky popisovaly oba dva případy chování. Tři ženy (R3, R4, R6) udávaly pozitivní zkušenosti s dětskými sestrami a porodními asistentkami, byly s nimi spokojeny, chválily jejich příjemné chování i profesionalitu a dostatek informací teoretických i praktických. Zbývajících pět respondentek (R1, R2, R5, R7, R8) mělo bohužel opačnou zkušenost. R1 a R5 si stěžovaly, že sestry a porodní asistentky je do kojení až přespříliš nutily a navíc informace ohledně kojení z jejich strany byly nedostatečné, nejednotné nebo zmatené. Naproti tomu R2, R7 a R8 líčily lhostejný a nedbalý přístup personálu. Z tohoto přístupu respondentky nebyly nadšené. Literatura se příliš nezaměřuje na popis žádoucích osobnostních kvalit a charakterových vlastností sester a porodních asistentek na úseku porodních sálů a oddělení šestinedělí zřejmě proto, že kladné a vstřícné chování se od nich jednoduše očekává. Přesto jejich náplň práce je daná a měly by ji vykonávat svědomitě. Boledovičová (7) uvádí, že k podpoře úspěšného kojení patří ze strany zdravotníků dodržování jednotných zásad v péči o kojící ženy a novorozence, zejména dodržování 10 kroků k úspěšnému kojení. Sestra má být náležitě vzdělaná teoreticky i prakticky nejen v problematice kojení, ale také v komunikačních

dovednostech. Mydlilová (13) se v zásadách laktačního poradenství také zabývá pravidly vhodné komunikace. Ta by měla vést zejména k vybudování důvěry mezi kojící ženou a poradcem, posílení sebevědomí kojících žen a tím také úspěšnějšímu a rychlejšímu překonání problémů. Jak bylo ale patrné z rozhovorů s respondentkami, taková komunikace není samozřejmostí.

Schneidrová a kol. (21) uvádí, že 40 % kojících žen má obvyklé potíže s laktací již v porodnici a 30 % matek po propuštění domů. Všechny tyto ženy jsou více ohroženy selháním a ukončením kojení. Za příčinu označuje nedostatek teoretických informací a praktických zkušeností matek i některých zdravotníků, nedostatečnou podporu a povzbuzení, nesprávný režim v porodnici nebo špatnou techniku kojení. Pařízek (22) připojuje také narušenou psychiku šestinedělky, strach o dítě apod. Dotazované respondentky uváděly problémy s kojením v porodnici v pěti případech (R1, R2, R5, R7, R8) a po propuštění z porodnice v šesti případech (R1, R3, R4, R5, R6, R8). Ženy, které udávaly problémy s kojením již v porodnici, byly tytéž, které si také stěžovaly na negativní přístup dětských sester a porodních asistentek od počátku kojení, nejednotnost a nedostatek informací či praktické pomoci z jejich strany. Teoretické znalosti respondentek z období těhotenství nelze objektivně posoudit a vzhledem k tomu, že žádná z žen nenavštěvovala kurzy předporodní přípravy, lze připsat určité praktické dovednosti pouze respondentkám R4 a R6, které kojily své předchozí děti. Tyto skutečnosti výroky Schneidrové a kol. (21) podporují. Problémy, které respondentky uváděly, byly neuspokojivá hmotnost dítěte (R1, R2, R3, R8), problémy s přiložením dítěte (R1, R2, R5, R7, R8), nedostatek mléka (R3, R4, R5, R6, R7) a poraněné bradavky (R8). Z rozhovorů vyplynulo, že ženy si během těhotenství možné problémy s kojením příliš nepřipouštěly, spíše kojení považovaly za přirozené a samozřejmé a problémy řešily aktuálně, až když nastaly. Úspěšně se podařilo vyřešit pouze u R1 problémy s přikládáním dítěte po porodu císařským řezem již v porodnici, dále u R4 nedostatek mléka při laktační krizi ve 3 měsících věku dítěte a u R8 poraněné bradavky také ještě v porodnici. U R1 a R8 se později objevil ještě problém s nízkou hmotností dítěte, což u nich nakonec vyústilo v podávání umělé výživy. Také ostatní respondentky mimo R4 nakonec předčasně ukončily kojení a podávaly dítěti umělou výživu.

U dotazované R1, R2, R3 a R7 bylo dokrmování umělou výživou dokonce prvním a jediným řešením problematické situace. Budeme-li hodnotit zdroje, odkud respondentky čerpaly pomoc, ženy uváděly sestry a porodní asistentky v porodnici (R2, R5, R7), praktické lékaře pro děti a dorost (R1, R3, R5, R8) a také laktační poradce (R3, R4, R5). Další volbou byly zkušenosti příbuzných nebo kamarádek (R1, R2, R4), publikace a internet (R2, R4) a ve čtyřech případech se ženy snažily najít vlastní řešení problému (R1, R5, R6, R8). Respondentky uváděly většinou alespoň 2 možnosti, pouze R6 uvedla jednu a to, že problém řešila úplně sama. Potěšující je, že mimo R6 se všechny obrátily alespoň na jednoho z odborníků, kteří by v problematice kojení měli být erudovaní. Otázkou zůstává, na kolik byli tito profesionálové schopni ženám pomoci, když pouze jedna z nich dosud své dítě plně kojí. Navíc o laktačním poradenství jako o možnosti řešení problematické laktace měly povědomí pouze 2 respondentky (R3, R4). Zbývající třetí žena (R5), která této formy pomoci využila, byla laktačnímu poradci doporučena porodními asistentkami. Fakt, že zdravotníci nejsou dostatečně vyškolení, nejsou schopni kojícím ženám poskytnout radu adekvátní jejich problémům a jako způsob řešení potíží s kojením volí přednostně podání umělé výživy dítěti, uvádí Schneidrová (19) jako jeden z hlavních důvodů, proč ženy předčasně ukončují kojení. Dokládá to i případ R8, kdy lékařka a především dětská sestra v ordinaci PLDD respondentku velmi zrazovaly od kojení i přesto, že neřešila problém s kojením, ale s nedostatečným přibýváním na váze v souvislosti se zvracením u dítěte. Mydlilová (13) tvrdí, že je potřeba nejen zvyšovat informovanost žen, ale také zkvalitňovat služby laktačního poradenství. Zdůrazňuje, že problémy je potřeba začít řešit co nejdříve, a obtížnější situace je nezbytné předat do rukou vyškoleného zdravotníka s kompetencí podpory kojení. Z výpovědí respondentek vyplývá, že nejen u žen, ale také u zdravotníků je stále zakořeněn názor, že pokud se nedaří kojení, je zde stále ještě možnost podávat dítěti umělou výživu jako rovnocenný zdroj potravy. Zajisté jsou situace, kdy je kojení opravdu nemožné a jiná volba není, ve většině případů by však větší trpělivost a zodpovědnější přístup ke kojení ze stran žen i zdravotnických pracovníků mohly významně přispět ke zvládnutí problémů s laktací.

V poslední části výzkumného šetření byly ženy dotazovány na své pocity a podporu ze strany své rodiny při problematickém kojení. Rozhovorem s respondentkami bylo zjištěno, jak je vzájemně propojena psychika ženy s jejím sociálním prostředím v souvislosti s problematickým kojením. Všechny ženy v souvislosti s překážkami v kojení pociťovaly větší či menší psychickou zátěž. U některé byl špatný psychický stav důsledkem problematické laktace, u jiné její příčinou, a to vždy pod vlivem sociálního prostředí, ve kterém se žena pohybovala. Proto se domníváme, že na jakýkoliv problém s kojením je nutno nahlížet jako na komplikovanou situaci, která je ovlivněna mnoha faktory. Negativní pocity, které dotazované respondentky uváděly, byly nejčastěji: selhání – pět respondentek (R2, R3, R5, R7, R8), dále pak zklamání a smutek – tři respondentky (R1, R6, R7) a nakonec bezmoc a beznaděj – dvě respondentky (R3, R4), vyčerpání a únavu – dvě respondentky (R3, R5) a stres, frustraci a depresi – také dvě respondentky (R5, R7). Pozitivní podporu ze strany partnera a rodiny pak vyjadřovalo pět dotazovaných žen (R1, R2, R3, R4, R6), lhostejný postoj partnera dvě respondentky (R5, R7) a opačný názor partnera a rodiny bez jejich podpory jedna žena (R8). Autoři (5, 7, 9, 19) se shodují v tom, že dobrý somatický stav, psychická pohoda a klidné zázemí je nesmírně důležité pro příznivý rozvoj laktace, naopak že stres, nemoc nebo bolest a nepochopení či nezáměr blízkých členů rodiny či nepříznivá rodinná situace může vyvolat problémy s kojením. Gregora a kol. (17) tak jako Zamarská a Auingerová (16) považují za podporu ženy ze strany partnera již jeho účast na prenatalních kurzech společně s těhotnou ženou a jeho přítomnost u porodu. Společnému prožívání těhotenství, porodu a prvních chvil s novorozencem přikládají blahodárný vliv pro vzájemný vztah matka-otec-dítě i jejich psychickou pohodu. Ta se pak odráží i do zvládnutí kojení. Schneiderová a kol. (21) považují za nezbytný předpoklad k zvládnutí problémů důvěru matky ke svému poradci v kojení a náležitou podporu od svých blízkých v době překonávání komplikací, kdy přesvědčení ženy o nutnosti kojení může být oslabené a psychika narušená. Boledovičová (7) uvádí, že k úspěšnému a bezproblémovému kojení je zapotřebí podporovat sebedůvěru matek. Matka má být klidná a vyrovnaná, má si věřit. Není pochyb, že potřebuje i podporu partnera a svých blízkých, zmiňuje se o vhodnosti prenatalní přípravy se všemi jejími



výhodami nejen pro těhotnou ženu, ale i jejího partnera. Popisuje také provázanost psychiky ženy s jejím tělesným stavem i sociální a duchovní sférou a poukazuje na zpětnou vazbu mezi všemi úrovněmi. S těmito autory plně souhlasíme. Ženu a její sebevědomí a psychiku je potřeba podporovat, kdykoliv je to možné, ženu povzbuzovat, ujišťovat, že kojením vybrala svému dítěti tu nejlepší možnou formu potravy, a utvrzovat ji v přesvědčení, že stojí za to problémy při kojení překonat.

## 6 ZÁVĚR

Kojení je nenahraditelný způsob výživy novorozence a kojence, kterému se nemůže žádná umělá výživa vyrovnat. Bezsporu má mnoho výhod nejen pro dítě, ale také pro matku a celou rodinu. Většina žen je rozhodnuta po porodu své dítě začít kojit. Na první pohled je kojení snadné a přirozené, avšak matka i dítě potřebují velikou podporu a povzbuzení, aby probíhalo hladce a bezproblémově.

Ve výzkumné části této bakalářské práce byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo zjistit dopad problematického kojení na psychiku ženy a druhým cílem bylo zjistit, s kým ženy řeší problémy s kojením. Na základě těchto dvou cílů vyplynuly dvě výzkumné otázky. První zjišťovala, jakým způsobem ovlivňuje psychiku ženy problémové kojení. Druhá, s kým ženy řeší problémové kojení a kde hledají pomoc. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda získávání dat pomocí polostukturovaných rozhovorů. Respondentkami byly ženy do 6 měsíců po porodu, které měly problémy s kojením.

Obě výzkumné otázky byly při vedení rozhovorů s respondentkami zodpovězeny. Z výsledků výzkumů vyplývá, že ženy považují kojení za nejlepší či nejpřirozenější způsob výživy dítěte. Kojení pokládají za přirozenou součást mateřství a nepocítují, že by při něm mohly nastat výrazné komplikace. Proto také ve většině případů přípravu na kojení v těhotenství podcenily. Problémy, které musely respondentky řešit v průběhu kojení, v každém případě měly negativní vliv na jejich psychický stav. Ženy téměř shodně odpovídaly, že měly pocit selhání, což bylo provázeno zklamáním, smutkem, beznadějí, vyčerpáním, stresem apod. Dalo by se říci, že míra psychických potíží byla přímo úměrná touze po dlouhodobém kojení dítěte. Z rozhovorů také vyplynulo, že pro ženy je důležité klidné zázemí a podpora rodiny, bez které je překonávání potíží daleko obtížnější.

V otázce, s kým ženy řeší problémové kojení a kde hledají pomoc, ženy uváděly téměř všechny dostupné zdroje. Pouze jedna respondentka uvedla, že problém se snažila vyřešit sama bez cizí pomoci. Ostatní respondentky hledaly více možností. Vždy řešily problém s odborníkem, ať již se sestrou, porodní asistentkou, praktickým lékařem pro

děti a dorost nebo laktačním poradcem, za současného hledání informací v publikacích, na internetu, u kamarádek či příbuzných. Výsledky také ukázaly, že povědomost žen o laktačním poradenství je nedostatečná a návaznost pomoci pro kojící ženy po propuštění z porodnice příliš nefunguje.

Tato práce ukázala, že psychika ženy po porodu je velice křehká, a problémové kojení, kdy matky nemohou adekvátně a plnohodnotně nakrmit své dítě, je situace, která má negativní dopad na jejich psychický stav. Z rozhovoru s respondentkami vyplynulo několik faktorů, které negativně ovlivnily průběh laktace. Patřily mezi ně zanedbání teoretické i praktické přípravy na kojení již v těhotenství a z toho plynoucí nedostatek informací o kojení u žen, nedostatečná podpora zdravotníků v porodnici, přehnané nároky na kojící ženy nebo nešetrná komunikace s matkami, neodborná pomoc při překonávání obtíží po propuštění z porodnice a také nedostatečná podpora ze strany rodiny. Řešení spočívá zejména v informovanosti žen a jejich rodin, podpoře sebevědomí žen již od těhotenství, prevenci možných problémů a kvalitním laktačním poradenství, ať v porodnicích nebo v domácím prostředí.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. KITTNAR, O. a M. MLČEK. *Atlas fyziologických regulací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 320 s. ISBN 978-80-247-2722-6.
2. NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2009. 415 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
3. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
4. MOUREK, J. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
5. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
6. MERKUNOVÁ, A. a M. OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: Pro humanitní obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 304 s. ISBN 9788024769912.
7. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-264-9.
8. MUNTAU, A. C. *Pediatrie*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 581 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
9. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

10. DORT, J., E. DORTOVÁ, P. JEHLIČKA. *Neonatologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum Press, 2013. 118 s. ISBN 9788024622538.
11. *Laktační liga*. [online]. 2014 [cit. 2014-12-03]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/>
12. GREGORA, M. a M. PAULOVÁ. *Výživa kojenců: maminka kuchárka*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1291-1.
13. MYDLILOVÁ, A. *Standardní praktické pokyny pro kojení v ČR: současný pohled*. MZ ČR – Národní program zdraví, Projekty podpory zdraví, 2006. č. 9265.
14. MYDLILOVÁ, A. *Kojení donošených novorozenců*. [online]. 2011 [cit. 2014-12-3]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/kojeni.pdf>
15. GREGORA, M., M. VELEMÍNSKÝ a kol. *Čekáme děťátko*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
16. ZAMARSKÁ, J. a I. AUINGEROVÁ. *Kojení – praktické rady pro kojící maminky*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2006. 82 s. ISBN 80-251-0772-8.
17. GREGORA, M. a kol. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 244 s. ISBN 80-247-0854-X.
18. HRONEK, M. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. 309 s. ISBN 80-7345-013-5.

19. SCHNEIDROVÁ, D. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v České republice na konci 90.let: analýza faktorů ve vztahu k délce kojení v prvních šesti měsících života dítěte*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 131 s. ISBN 80-246-0920-7.
20. SVACHOVÁ, V. a B. DUŠOVÁ. Emoční poruchy u žen v postnatálním období. *Zdravotnictví a medicína: Příloha Sestra*. roč. 2014, č. 19, str. IV-V. ISSN 2336-2987.
21. SCHNEIDROVÁ, D. a kol. *Kojení: Nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 148 s. ISBN 80-247-1308-X.
22. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
23. WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. Praha: Portál, 2006. 159. s. ISBN 80-7367-071-2.
24. ZACHAROVÁ, E. Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví. *Zdravotnictví a medicína: Příloha Sestra*. roč. 2014, č. 19, str. V-VI. ISSN 2336-2987.
25. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
26. LORENZ, A. Oxytocin – láskyplný hormon. *Zdravotnictví a medicína: Příloha Sestra*. roč. 2014, č. 19, str. III. ISSN 2336-2987.
27. ODENT, M. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcenci*. 1. české vydání. Praha: MAITREA, 2013. 132 s. ISBN 978-80-87249-43-7.

28. RATISLAVOVÁ, K. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babictví*. 15/2008., str. 27 – 31. ISSN 1214-5572.
29. FEDOR-FREYBERGH, P. *Prenatálne dieťa*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013. 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.
30. MAZÚCHOVÁ, L. Vplyv neúspešného dojčenia na psychiku žien. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. roč. X, č. 1-2/14. str. 26-28. ISSN 1801-464X.
31. RATISLAVOVÁ, K. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babictví*. 16/2008, str. 26-30. ISSN 1214-5572.
32. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
33. LORENZOVÁ, E., K. JANOUŠKOVÁ a L. KAŠOVÁ. Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. roč. X, č. 7-8/14. str. 24-26. ISSN 1801-464X.
34. ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.

## **8 PŘÍLOHY**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha 1 – 10 kroků k úspěšnému kojení

Příloha 2 – Polohy při kojení

Příloha 3 – Technika kojení

Příloha 4 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 5 – Seznam tabulek a schémat



## Příloha 1 – 10 kroků k úspěšnému kojení

Zdroj: Laktační liga

**DESET**

**KROKŮ**



### **K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ**

**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 jedné 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 žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

## Příloha 2 – Polohy při kojení

Zdroj: Laktační liga

### POLOHA VLEŽE

- matka i dítě leží na boku
- matka má polštářem podloženou pouze hlavu tak, aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene
- v zádech je lehce prohnuta dozadu
- dítě leží v ohbí paže
- matka se nesmí opírat o loket, ani horní končetina nesmí být zdvižena nad úroveň ramene



### POLOHA VSEDĚ

- hlava dítěte leží v ohbí paže matky
- předloktí matky podpírá dítěti záda
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- druhou rukou matka přidržuje prs
- spodní ruka dítěte je kolem pasu matky
- chodidla matky podpírá stolička



### FOTBALOVÉ BOČNÍ DRŽENÍ

- je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu
- dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- prsty podpírají hlavičku dítěte
- nožky dítěte jsou podél matčina boku
- chodidla dítěte se nesmí o nic opírat
- předloktí matky je podepřeno polštářem



## POLOHA TANEČNÍKA

- poloha vhodná pro nedonošené děti nebo pro děti, které se špatně přisávají
- dítě leží na matčině předloktí
- ruka podpírá prs téže strany



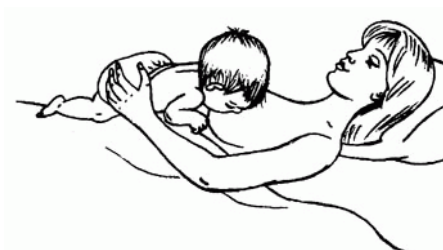
## KOJENÍ V POLOSEDĚ S PODLOŽENÝMA NOHAMA

- vhodné zejména pro matky po císařském řezu
- dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky
- polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu
- polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky



## KOJENÍ VLEŽE NA ZÁDECH

- vhodné pro ženy po císařském řezu a děti, které se špatně přisávají
- matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu



## VZPŘÍMENÁ VERTIKÁLNÍ POLOHA

- vhodná pro děti nedonošené a děti s malou bradou
- matka jednou rukou drží dítě, druhou prs
- dítě sedí obkročmo na levé dolní končetině matky
- její pravá ruka podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte
- levá ruka matky podpírá prs téže strany
- při kojení z pravého prsu jej podpírá pravá ruka, levá podpírá dítě



## **KOJENÍ DVOJČAT**

- kojit obě děti současně
- lze volit různé polohy: boční fotbalové držení, kojení vleže, poloha do kříže, paralelní poloha
- každé dítě může mít svůj prs



## **KOJENÍ TROJČAT**

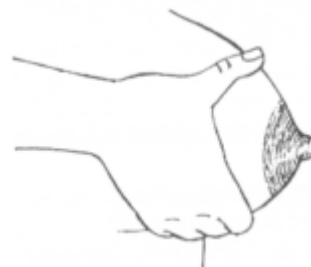
- dvě děti jsou kojene v boční fotbalové poloze
- třetí dítě leží v klínu matky a pak je kojeno samostatně

## Příloha 3 – Technika kojení

Zdroj: Laktační liga

### SPRÁVNÉ DRŽENÍ PRSU

- prsty se nesmí dotýkat dvorce
- prs je podpírán zespodu všemi prsty kromě palce
- palec je položen vysoko nad dvorcem
- tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky
- prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce



### NESPRÁVNÉ DRŽENÍ PRSU

- prsty matky se dotýkají dvorce v místech, kde by měly být dásně dítěte
- všechny prsty kromě palce by měly být pod prsem



### SPRÁVNÁ TECHNIKA PŘISÁTÍ

- bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte
- drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex
- široce otevřená ústa dítěte jako při zívání jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět
- prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou
- všechny prsty kromě palce by měly být pod prsem
- matka nesmí prs odtahovat prsty
- dítě ve správné poloze může volně dýchat
- nepřikládat k prsu dítě křičící, jazyk je při křiku umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku

### ZNÁMKY SPRÁVNÉHO PŘISÁTÍ K PRSU:

- brada a nos dítěte se musí dotýkat prsu
- ústa jsou široce otevřená jako při zívání
- většina dvorce je v ústech dítěte
- více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi
- dolní ret je ohrnut ven

- jazyk přesahuje dolní ret
- bradavka i s dvorcem je na jazyku
- tváře dítěte nevpadávají dovnitř
- při sání se pohybují spánky a uši dítěte

#### **ZNÁMKY NESPRÁVNÉHO PŘILOŽENÍ:**

- brada a nos dítěte se nedotýkají prsu
- ústa nejsou široce otevřená
- jazyk nepřesahuje dolní ret
- dolní ret je ohrnutý dovnitř
- dvorec není v ústech dítěte
- větší část nezakrytého dvorce je pod ústy
- při pití vpadávají tváře dítěte
- tkáň prsu se před ústy pohybuje

#### **SPRÁVNÁ TECHNIKA SÁNÍ:**

- jazyk přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy
- jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem
- bradavka i s dvorcem musí být uložena na jazyku
- dásně stlačují dvorec, bradavka se protahuje směrem k zadní části dutiny ústní dítěte
- tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce
- vlnovitý pohyb jazyka zpředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte
- tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány
- vytlačené mléko pak dítě polkne

#### **NÁSLEDKY NESPRÁVNÉ TECHNIKY KOJENÍ:**

- bolestivé a poškozené bradavky
- nalité prsy
- snížená tvorba mléka
- neprospívající a nespokojené dítě
- nespokojená matka

## **Příloha 4 – Otázky rozhovoru s respondentkami**

Zdroj: vlastní

1. Identifikační údaje – věk, vzdělání, povolání, počet porodů, počet dříve kojených dětí?
2. Kdy jste se rozhodla o způsobu výživy svého dítěte?
3. Proč jste se rozhodla pro kojení?
4. Jaký je názor Vašeho partnera a rodiny na kojení?
5. Zajímala jste se o problematiku kojení v těhotenství, kde jste získávala/dostávala informace?
6. Jakým způsobem jste se připravovala na kojení?
7. Jak probíhalo zahájení kojení, bylo podle Vašich představ?
8. Jaký byl přístup sester/porodních asistentek ohledně kojení?
9. Kdy se objevily problémy s kojením a jaké?
10. Řešila jste problém sama? Kam jste se obrátila o pomoc?
11. Jaké jste měla pocity v souvislosti s problematickým kojením a případně s nutností podání umělé výživy? Svěřila jste se někomu se svými pocity?
12. Jaký byl názor partnera a rodiny, případně Vašeho okolí? Podporovali Vás v překonání problémů?

## **Příloha 5 – Seznam tabulek a schémat**

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek.....	40
Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie.....	41
Schéma 2 Období rozhodování.....	42
Schéma 3 Důvody pro kojení.....	43
Schéma 4 Názor rodiny.....	44
Schéma 5 Zdroje informací před porodem.....	45
Schéma 6 Příprava na kojení.....	46
Schéma 7 Zahájení kojení.....	47
Schéma 8 Přístup sester/porodních asistentek.....	48
Schéma 9 Charakter potíží.....	49
Schéma 10 Řešení problému.....	50
Schéma 11 Pomoc při řešení problému.....	52
Schéma 12 Pocity žen.....	54
Schéma 13 Podpora partnera a rodiny.....	55