

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra mikrobiologie, výživy a dietetiky



**Česká zemědělská
univerzita v Praze**

Současný stav kojení v České republice

Diplomová práce

**Bc. Jana Pekrová
Výživa a potraviny**

Ing. Monika Sabolová, Ph.D.

© 2021 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Současný stav kojení v České republice" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 27. dubna 2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Monice Sabolové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její čas, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup k vedení práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentkám za jejich přínos pro výzkumnou část této práce. Velký dík patří i mému partnerovi a rodině za podporu a trpělivost v průběhu celého studia.

Současný stav kojení v České republice

Souhrn

Diplomová práce se zabývala kojením. Zaměřovala se především na jeho význam a popis faktorů, které mohou ovlivňovat iniciaci, průběh nebo celkovou délku kojení.

Cílem praktické části bylo sledování délky výlučného i celkového kojení napříč Českou republikou. Dále zhodnocení, zda mohou mít vybrané faktory vliv na zahájení kojení a jestli mohou ovlivňovat jeho výslednou délku. Rovněž bylo sledováno, zda se vybrané faktory v jednotlivých krajích České republiky promítají do výsledné délky kojení stejnou mírou či odlišně.

V měsících listopad a prosinec roku 2020 bylo prostřednictvím online dotazníkového šetření od žen ze všech krajů České republiky získáno celkem 4 744 odpovědí. Bylo zjištěno, že ženy v České republice kojily kratší dobu než doporučuje Světová zdravotnická organizace. Výlučně po dobu 6 měsíců kojilo necelých 21 % žen. Po dobu 24 měsíců či déle kojilo téměř 23 % žen.

Mezi proměnné, u kterých byl zjištěn významný vliv na výslednou délku kojení patřily věk a vzdělání matky, dále její informovanost v oblasti kojení, kouření a předchozí negativní zkušenost s kojením. Kouření a předchozí negativní zkušenost matky s kojením vedly ke zkrácení výsledné délky kojení, naopak ženy informované v oblasti kojení kojily déle než ženy neinformované. Délka kojení narůstala rovněž s věkem matek a podobně i s úrovní vzdělání žen. Významný vliv na výslednou délku kojení neměla přítomnost odborné pomoci při zahajování kojení, ani její poskytnutí při obtížích s kojením. V rámci jednotlivých krajů České republiky se účinek jednotlivých faktorů na výslednou délku kojení lišil.

Císařský řez, vaginální porod s komplikacemi či odloučení matky a novorozence se pojil s prodlevou při zahajování kojení.

Z výsledků práce vyplývá, že stav kojení v České republice nebyl optimální a ženy obecně nekojily dostatečně dlouhou dobu. Mimo výše popsané faktory, které kojení ovlivňovaly, bylo velmi zásadním zjištěním, že kvalita poskytované zdravotnické péče a odbornost informací, které lékaři a zdravotnický personál kojícím ženám podávají, neodpovídá doporučením Světové zdravotnické organizace a není v souladu s Mezinárodním kodexem marketingu náhrad mateřského mléka.

Klíčová slova: kojení, laktace, výlučné kojení, odstavení, vliv, faktory

Current state of breastfeeding in the Czech republic

Summary

Master's thesis deals with breastfeeding. Its main focus is on the importance of breastfeeding and the description of factors that may influence the initiation or duration of breastfeeding.

The practical part aimed to follow the length of exclusive and any breastfeeding in the Czech Republic. Another aim was to determine whether the selected factors may affect the initiation of breastfeeding and if they can affect the resulting length of breastfeeding. It was also monitored whether selected factors are reflected in the final length of breastfeeding to the same extent or differently in individual regions of the Czech Republic.

In November and December 2020, a total of 4,744 responses were obtained from women from all regions of the Czech Republic through an online questionnaire survey. It was found out that women in the Czech Republic breastfed for a shorter time than recommended by the World Health Organization. Less than 21 % of women breastfed exclusively for 6 months. Almost 23 % of women breastfed for 24 months or more.

Variables that significantly affected the resulting length of breastfeeding included the mother's age and education, awareness of breastfeeding, smoking, and previous negative experience with breastfeeding. Smoking and the mother's previous negative experience with breastfeeding led to a reduction in the resulting duration of breastfeeding, while women that were informed about breastfeeding breastfed longer than uninformed ones. The length of breastfeeding also increased with the age of mothers and similarly with the level of education of these women. Professional help at the initiation of breastfeeding or providing support for breastfeeding women did not significantly affect the duration of breastfeeding. The effect of individual factors on the resulting length of breastfeeding varied within the individual regions of the Czech Republic.

Cesarean section, vaginal delivery with complications, or mother-infant separation were associated with delayed initiation of breastfeeding.

The results showed that the state of breastfeeding in the Czech Republic was not optimal. Women did not breastfeed long enough. Apart from the above-described factors that influenced breastfeeding, it was a very fundamental finding that the quality of health care within facilities providing maternity and newborn services did not comply with the recommendations of the World Health Organization. Health-facility staff who provide infant feeding services, including breastfeeding support, did not have sufficient knowledge, competence, and skills to support women to breastfeed, and did not follow the principles of The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.

Keywords: breastfeeding, lactation, exclusive breastfeeding, weaning, variables, determinants of breastfeeding

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Vědecká hypotéza a cíle práce.....	9
3	Literární rešerše	10
3.1	Úvod do problematiky kojení	10
3.2	Doporučená délka kojení	10
3.3	Doporučení k zavádění komplementární výživy (příkrmu)	11
3.4	Význam kojení	12
3.4.1	Zdravotní stav a vývoj dítěte	12
3.4.2	Zdravotní aspekty u kojící ženy	16
3.4.3	Benefity kojení pro společnost	18
3.5	Kontraindikace kojení.....	18
3.6	Faktory ovlivňující délku kojení	19
3.6.1	Demografické faktory.....	20
3.6.2	Praxe v porodnicích a zdravotnických zařízeních	21
3.6.3	Biologické faktory	24
3.6.4	Sociální faktory	29
3.6.5	Behaviorální a psychosociální faktory	30
4	Metodika.....	32
4.1	Sběr dat.....	32
4.2	Popis souboru	32
4.3	Zpracování dat.....	33
5	Výsledky	34
5.1	Délka kojení.....	34
5.2	Faktory ovlivňující délku kojení	37
5.2.1	Věk matky	37
5.2.2	Vzdělání matky.....	39
5.2.3	Informovanost matky	40
5.2.4	Odborná pomoc při zahajování kojení	41
5.2.5	Odborná pomoc při obtížích při kojení	41
5.2.6	Kouření matky	42
5.2.7	Předchozí negativní zkušenost matky s kojením.....	42
5.3	Faktory ovlivňující délku kojení v krajích České republiky	43
5.3.1	Věk matky	43
5.3.2	Vzdělání matky.....	47
5.3.3	Informovanost matky	51
5.3.4	Odborná pomoc při zahajování kojení	52

5.3.5	Odborná pomoc při obtížích při kojení	52
5.3.6	Kouření matky	53
5.3.7	Předchozí negativní zkušenost matky s kojením.....	54
5.4	Faktory ovlivňující zahájení kojení.....	55
5.4.1	Způsob porodu.....	55
5.4.2	Komplikace při porodu.....	56
5.4.3	Odloučení matky a novorozence	56
5.5	Další sledované proměnné v rozšířeném souboru.....	57
5.5.1	Délka kojení v jednotlivých letech	57
5.5.2	Partnerský stav.....	58
5.5.3	Termín porodu	58
5.5.4	Kojení v roce 2017	59
6	Diskuse.....	62
6.1	Délka kojení.....	62
6.1.1	Zavádění příkrmu, podávání formulí.....	63
6.2	Faktory s možným vlivem na délku kojení.....	64
6.2.1	Věk matky	64
6.2.2	Vzdělání matky.....	65
6.2.3	Informovanost matky.....	65
6.2.4	Odborná pomoc	66
6.2.5	Kouření	67
6.2.6	Předchozí negativní zkušenost matky s kojením.....	67
6.3	Faktory s možným vlivem na zahájení kojení.....	68
6.3.1	Způsob a průběh porodu	68
6.3.2	Odloučení matky a novorozence	68
7	Závěr.....	69
8	Literatura	70
9	Seznam použitých zkratk a symbolů.....	76
10	Samostatné přílohy	77

1 Úvod

„Těhotenství a kojení jsou přirozenou součástí reprodukce u všech druhů savců. V případě jejich absence by žádný z těchto druhů, včetně člověka, nepřežil.“ To jsou slova pediatra Bo Valhluista z roku 1981. Přesto již v roce 1978 ve své knize *Breast Milk in the Modern World* manželé Jelliffeovi vznesli obavu v souvislosti s kojením. Tvrdili, že navzdory obrovské škále benefitů, které kojení přináší, je v rozvojových i průmyslových zemích velmi podceňované (Victora et al. 2016).

Kojení zajišťuje dítěti adekvátní množství energie a živin. Současně poskytuje individuální protilátky, čímž zabezpečuje optimální zdravotní stav a vývoj dítěte. Z těchto důvodů je kojení či podávání mateřského mléka tím nejlepším možným startem do života pro každé dítě. Neexistuje žádná potravin, která by se mohla mateřskému mléku vyrovnat. Pro dítě i matku kojení přináší spoustu zdravotních i emočních výhod (World Health Organization 2020a). Ne nadarmo jsou mezi lékaři a ženami známá hesla “Kojení zachraňuje životy” („Breastfeeding saves lives“) či “Prsa jsou nejlepší!“ (“Breast is best!“) (Dieterich et al. 2013).

Benefity kojení se však netýkají pouze žen a jejich dětí. V sociální, ekonomické i ekonomickém sféře přináší výhody pro celou společnost (Rollins et al. 2016). Celosvětově snižuje nemocnost a mortalitu (World Health Organization 2018).

Přestože je kojení přirozené, nemusí být ve všech případech snadné a pro každou ženu intuitivní. Z toho důvodu je velmi žádoucí a klíčová jeho ochrana a podpora. Výlučné kojení po dobu 6 měsíců a následné kojení se současným podáváním komplementární výživy do 2 let věku dítěte či déle by mělo být považované za standard (World Health Organization 2020b).

Ve většině vyspělých zemí je kojeno ve věku 12 měsíců méně než jedno z pěti dětí. U každého zdvojnásobení národního hrubého domácího produktu na osobu klesá míra kojení o 10 % (Victora et al. 2016). Marketing a průmysl firem vyrábějících kojenecké náhrady ve svém vlastním zájmu podporují myšlenku, že lze kojení a mateřské mléko bez negativních dopadů nahradit kojeneckou výživou (Rollins et al. 2016).

Dosažení vyšší míry kojení je v zájmu celé společnosti. Proto by lékaři, zdravotnický personál, rodiny, zaměstnavatelé, politici i celá veřejnost kojení a kojící ženy měla podporovat, respektovat a chránit (World Health Organization 2020b).

2 Vědecká hypotéza a cíle práce

Cíl práce:

Cílem teoretické části diplomové práce bylo zpracování literární rešerše na téma kojení. Hlavním záměrem byla problematika významu kojení a analýza jednotlivých faktorů, které mohou ovlivňovat úspěšnost zahájení kojení nebo mohou mít vliv na celkovou délku kojení. Cílem praktické části diplomové práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření současný stav kojení v České republice. Byla hodnocena délka kojení a vybrané faktory, které ji mohou ovlivňovat.

Hypotézy práce:

1. Průměrná délka kojení v České republice je kratší než doporučuje Světová zdravotnická organizace. Méně než 50 % matek v České republice kojí s dokrmem po dobu 6 měsíců. Méně než 15 % matek výlučně kojí po dobu 6 měsíců.
2. Faktory, které ovlivňují délku kojení se mezi jednotlivými kraji České republiky liší.
3. Výslednou délku kojení negativně ovlivňuje nižší věk i nižší vzdělání matky, nedostatek informací o významu kojení, absence odborné pomoci při zahajování kojení a obtížích při kojení, kouření matky a předchozí negativní zkušenost matky s kojením.
4. Na zahájení kojení má negativní dopad porod císařským řezem, komplikace při porodu a odloučení matky od novorozence.

3 Literární rešerše

3.1 Úvod do problematiky kojení

Kojení je jedním ze základních předpokladů pro správný růst a vývoj dítěte (Sinha et al. 2015). Mateřské mléko (MM) je velmi kvalitní, zdravá, dostupná a bezpečná strava (Národní zdravotnický informační portál 2020). Zajišťuje adekvátní příjem energie a veškerých živin, které během prvních 6 měsíců života dítě potřebuje. V druhé polovině prvního roku života dítěte zajišťuje až polovinu nebo i více všech potřebných živin a energie, a v průběhu druhého roku života dítěti zabezpečí až jednu třetinu veškeré jeho potřebné energie a živin. Rovněž dodává kojenci protilátky, které jej ochraňují před vznikem různých onemocnění (World Health Organization 2020a). Lze jej označit jako první dětskou vakcínu (Mydlilová 2020). Kojení tak představuje velmi efektivní nástroj pro ochranu a podporu zdraví. Doposud nebyla vynalezena žádná náhradní výživa, která by se složením dala mateřskému mléku vyrovnat či by dokázala předčit veškeré benefity kojení (Černá a Kollárová 2015; World Health Organization, 2020a).

Kojení je součástí preventivních programů pro 21. století a Národního programu podpory zdraví. V roce 1991 vstoupila v ČR v platnost Úmluva o právech dítěte, která je součástí Sdělení č. 104/1991 Sb., článek č. 24 (Laktační Liga 2016). Podle této úmluvy má právo na kojení každé dítě. (Laktační Liga 2016; World Health Organization 2020a). Matka i dítě mají rovněž právo na adekvátní péči před i po porodu. Zdravotníci a vláda ČR jsou odpovědní za dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a měli by být seznámeni se svými odpovědnostmi z tohoto kodexu vyplývajícími (více o kodexu v kapitole 3.6.4.4.) (Laktační Liga 2016).

3.2 Doporučená délka kojení

Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond organizace spojených národů (UNICEF) doporučují zahájení kojení během první hodiny po porodu. Výlučné (exkluzivní) kojení (tj. podávání výhradně mateřského mléka bez dalších tekutin nebo potravin kromě nezbytných léků či doplňků stravy) dítěte je doporučováno po dobu prvních 6 měsíců věku dítěte. V ukončeném 6. měsíci by mělo být zahájeno podávání komplementární výživy (nemléčných příkrmů). Společně s komplementární výživou by mělo být nadále dítě kojeno do 2 let věku či déle. Není doporučeno používat kojenecké lahve, savičky či dudlíky, a je kladen důraz na to, aby bylo dítě kojeno dle jeho individuálních potřeb, kdykoliv v průběhu 24 hodin (World Health Organization 2020a).

V souladu s doporučením pro kojení WHO je i české doporučení ministerstva zdravotnictví, které zní následovně: „Výlučné kojení do ukončeného 6. měsíce s následným pokračováním kojení a zařazováním komplementární výživy do 2 let věku dítěte či déle je nutné přijmout jako optimální výživový standard pro dítě, který je v souladu s doporučením WHO, Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN) a Britské poradní vědecké komise pro výživu (SACN).“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013).

Ve většině vyspělých zemích je prevalence kojení po 12 měsících věku dítěte nižší než 20 % (Victora et al. 2016). V roce 2017 bylo celosvětově výhradně kojeno pouze 41 % kojenců mladších 6 měsíců. Následné pokračování kojení do dvou let věku dítěte pak bylo s četností 45 % (World Health Organization 2018).

V České republice bylo k roku 2017 dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) do 3. měsíce věku kojeno 62,1 % novorozenců z nichž výlučně pouze 13,2 %. Do 6. měsíce věku bylo kojeno 39,1 % kojenců, podíl výlučně kojených dětí není znám (ÚZIS ČR 2017).

Cílem Světové zdravotnické organizace v oblasti kojení je do roku 2030 docílit výlučného kojení po dobu 6 měsíců u 70 % dětí. Následného kojení do dvou let věku dítěte v 60 % případů (World Health Organization 2018).

3.3 Doporučení k zavádění komplementární výživy (příkrmu)

Doporučení pro zavádění příkrmu kopíruje doporučenou délku výlučného kojení. Dle ministerstva zdravotnictví České republiky by podávání příkrmu mělo být u kojených i nekojených dětí zahájeno nejpozději po ukončeném 6. měsíci věku dítěte (v 26. týdnu), ne však dříve než v ukončeném 4. měsíci (v 17. týdnu) věku dítěte. Příkrm by měl být zaváděn v momentě, kdy mateřské mléko nebo náhradní mléčná kojenecká výživa (formule, UM) už zcela nepokrývá veškeré výživové požadavky dítěte. Pokud kojeneček neprospívá, měla by být nejprve podpořena laktace, zaveden nemléčný příkrm. Teprve v momentě, kdy se laktace nezlepší, je k příkrmu doplněna náhradní kojenecká mléčná výživa.

U nedonošených dětí narozených po 35. týdnu těhotenství je doporučený postup pro zavádění příkrmu totožný jako u dětí donošených. U nedonošených dětí narozených před 35. týdnem těhotenství se doporučuje zavádění příkrmu mezi 5. –8. měsícem od data narození dítěte. Ne však dříve než po ukončeném 3. měsícem (v 13. týdnu) korigovaného věku dítěte (vypočteného věku od řádného termínu porodu). Zavádění příkrmu je u každého nedonošeného dítěte individuální a odvíjí se od celkového stavu dítěte. Ten zahrnuje prospívání, psychomotorickou zralost, zdravotní stav aj. Podmínkou pro zavedení příkrmu je vždy vývojová zralost dítěte. Dítě by mělo být schopno udržet hlavu ve stabilní poloze, koordinovat pohyby očí, rukou a úst. Mělo by zvládnout uchopení a vkládání potravy do úst, tolerovat tuhou stravu a být schopno ji polykat (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013).

V souvislosti s doporučeními pro zavádění příkrmu je v literatuře i ve veřejném prostoru skloňován pojem imunologické okno tolerance. Tím je myšleno období mezi 4. a 6. měsícem věku dítěte. Dle některých teorií by zavedení příkrmu v tomto období mělo vést k navození lepší tolerance potravinových alergenů (MAMILA 2020). Nebyla však prokázána spojitost mezi včasným zaváděním příkrmu a senzibilizací alergenů ze stravy s nižším rizikem vzniku alergií anebo celiakie u dítěte. Z toho důvodu není u dobře prospívajících dětí doporučováno zavádění příkrmu a potenciálních alergenů do stravy dříve než v ukončeném 6. měsíci (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013; MAMILA 2020).

Alergeny mohou být individuálně zaváděny nejdříve od ukončeného 4. měsíce věku dítěte (Fewtrell et al. 2017). Existuje-li vysoké riziko vzniku alergie, vždy by měla být zaváděna jen jedna potravina a sledována případná alergická reakce. Kojení zvyšuje imunoprotektivní toleranci k antigenům ve stravě, proto je doporučováno zavádění příkrmu za současného kojení

(Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013). Zavedení lepku je doporučeno na individuální bázi kdykoli v období mezi 4.–12. měsícem věku dítěte. V počátcích není doporučeno zavádění velkého množství. Kravské mléko jako samostatný nápoj by mělo být podáváno nejdříve po ukončení 12. měsíce věku dítěte. U kojenců s vysokým rizikem alergie na arašidy (potýkající se s ekzémy či alergií na vejce) je doporučeno zavedení tohoto alergenu mezi 4.–11. měsícem, a to individuálně po konzultaci s odborníkem (Fewtrell et al. 2017).

V rámci příkrmu by měly být podávány potraviny bohaté na železo. Příkrm by neměl obsahovat přidanou sůl ani cukr. Rovněž by neměly být podávány sladké tekutiny (Fewtrell et al. 2017).

Není-li to nutné ze zdravotních důvodů, v rámci prevence alergií u kojence by žena neměla v průběhu těhotenství i laktace dodržovat žádná dietní opatření (Bělohávková et al. 2015).

3.4 Význam kojení

Celá řada výzkumů a studií potvrzuje četné výhody kojení nebo krmení kojenců mateřským mlékem pro dítě a matku, rodinu a také celou společnost. Kojení je přínosem z hlediska výživy, zdraví a vývoje dítěte, zdraví a psychické pohody matky a rovněž přispívá v sociálním, ekonomickém a ekologickém aspektu (Rollins et al. 2016). Zkrácená doba kojení se může negativně projevit na duševním zdraví dítěte, a to i v dospělosti (Oddy et al. 2010). Diskutován je i možný vliv časného odstavení dítěte vedoucí k vyššímu riziku rozvoje diabetu mellitu I. typu, toto tvrzení je však nutné ještě ověřit dalšími studiemi (Knip et al. 2010). Úplná absence kojení je spojována se zvýšenou mortalitou, větší incidencí nemocí u dětí a mnoha dalšími negativními dopady na dítě i matku (World Health Organization 2018).

3.4.1 Zdravotní stav a vývoj dítěte

Mnoha studiemi byly prokázány krátkodobé i dlouhodobé přínosy kojení na zdraví dítěte (Horta a Victora 2013). Mateřské mléko se utváří tak, aby konkrétnímu dítěti poskytlo nejlepší nutriční výživu, adekvátní imunitní ochranu, správnou regulaci vývoje, růstu i metabolismu (Dieterich et al. 2013).

3.4.1.1 Zánětlivá a infekční a autoimunitní onemocnění

Děti kojené výlučně alespoň 4 měsíce mají nižší pravděpodobnost vzniku zánětu středního ucha (Ahluwalia et al. 2012; Victora et al. 2016) do dvou let věku. U starších dětí tento protektivní benefit kojení nebyl prokázán (Victora et al. 2016).

Kojení se také podílí na nižším výskytu gastroenteritid (Ahluwalia et al. 2012) a průjmových onemocnění (Victora et al. 2016). Ukázalo se, že výlučné kojení po dobu 6 měsíců je účinnou prevencí průjmových onemocnění způsobených rotavirovými infekcemi (Krawczyk et al. 2016). U kojených dětí byla zjištěna nižší incidence nekrotizující enterokolitidy až o 58 % (Victora et al. 2016).

Kojené děti rovněž méně častěji postihují respirační infekce a záněty dolních cest dýchacích (Ahluwalia et al. 2012; Victora et al. 2016). Byl také zaznamenán nižší výskyt

celiakie (World Health Organization 2020a), a to především u dětí, které byly v době zavádění potravin obsahující lepek stále ještě kojeny (Ivarsson et al. 2013).

3.4.1.2 Mikrobiom

V závislosti na prostředí, expozici vnějším vlivům a možným patogenům jimž jsou matka s kojencem vystaveni obsahuje mateřské mléko specifické protilátky pro adekvátní imunitní odpověď, specifická prebiotika na podporu růstu prospěšných bakterií a má vliv na tvorbu vhodného mikrobiomu. Ten je pro kojence ochranou proti patogenním bakteriím, byl asociován s nižším výskytem astmatu a obezity u dětí. Rovněž je důležitý pro prevenci zánětlivých onemocnění a přispívá k regulaci exprese genů, které ovlivňují metabolismus, ukládání tuků, (Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016) a vývoj mozku či kognitivních funkcí (Victora et al. 2016). Mikrobiom rovněž zajišťuje syntézu esenciálních mikronutrientů jako jsou vitamin B₆, B₉, B₁₂, a vitamin K (Dieterich et al. 2013).

V posledních dvou desetiletích se ukazuje, že během kojení dochází k imprintingu určitých predispozic, které mohou mít na kojence celoživotní dopad. To znamená, že je dítěti prostřednictvím kojení, které má vliv na složení mikrobiomu doručena určitá výše zmíněná predispozice či vlastnost (Victora et al. 2016). Rovněž se pojem imprinting (nebo také otisk/vtištění/vtisknutí) používá v souvislosti s utvářením prvotního pouta mezi matkou a dítětem (Mobbs et al. 2016; Victora et al. 2016). Prohlubování tohoto pouta je pak častěji nazýváno jako tzv. bonding (Mobbs et al. 2016)

I způsob porodu ovlivňuje složení mikrobiomu. V případě vaginálního porodu je střevo dominantně kolonizováno vaginální mikrobiotou matky, u císařského řezu převládá osídlení střev podobné kožní mikrobiotě (Dominguez-Bello et al. 2010; Victora et al. 2016), může se dokonce jednat o převahu kožní mikrobioty zdravotnického personálu (Victora et al. 2016). Toto prvotní složení mikrobiomu dětí narozených císařským řezem má vliv na imunologické i metabolické funkce, může způsobovat např. vyšší citlivost k některým patogenům, přispívat k rozvoji alergií nebo astmatu (Dominguez-Bello et al. 2010). Nezávisle na způsobu porodu jsou však kojencům prostřednictvím mateřského mléka doručována prebiotika, která podporují růst prospěšných bakterií (Victora et al. 2016).

3.4.1.3 Alergie, ekzémy, astma

Výlučné kojení po dobu 4–6 měsíců je považováno za nejúčinnější prevenci potravinových alergií u dětí (Bělohávková et al. 2015). Konzistentní důkazy o ochranném vlivu kojení před rozvojem alergií však chybí (Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016). Některé studie odhalily spojitost mezi kojením a nižším výskytem atopických potíží u dětí (Ahluwalia et al. 2012), jiné vztah mezi kojením a výskytem ekzémů nenalezly. Některé studie shledaly kojení jako ochranný faktor proti alergické rýmě u dětí do 5 let (Victora et al. 2016).

Při analýze 29 studií zabývajících se výskytem astmatu byla u kojených dětí statisticky významná nižší prevalence astmatu o 9 %. Po omezení počtu studií na 16 s přísnějšími podmínkami možných zkreslujících aspektů bylo riziko vzniku astmatu o 6 % nižší. Po dalším omezení na 13 nejpřísněji sestavených studií byla zaznamenána nižší prevalence astmatu o 5 % (Victora et al. 2016).

3.4.1.4 Nádorová onemocnění

Výzkumy na téma rizika vzniku nádorových onemocnění u dětí jsou omezené. Studie jsou limitovány malým počtem vzorků, přinášejí konfliktní výsledky a design studií je u jednotlivých druhů onemocnění rozdílný. Existuje však více důkazů, že kojení a jeho delší doba trvání může pomoci snížit riziko vzniku akutní lymfoblastické leukémie. Děti kojené déle než 6 měsíců měly o 19–24 % nižší riziko vzniku akutní lymfoblastické leukémie (Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016). Děti kojené kratší dobu než 6 měsíců měly toto riziko nižší o 12 % v porovnání s dětmi nekojenými (Dieterich et al. 2013)

3.4.1.5 Neurologický vývoj a inteligence

Studie také poukazují na příznivější neurologický vývoj kojených dětí (Ahluwalia et al. 2012) a lepší výsledky v inteligenčních testech (Horta a Victora 2013; World Health Organization 2020a). Výsledky těchto pozorování však mohou být ovlivněny socioekonomickým statusem rodiny, vzdělaností a inteligencí rodičů, a rovněž prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Experimentální studie oprostěná od těchto faktorů zaznamenala silnou souvislost mezi kojením a pozitivním vlivem na neurologický vývoj dítěte, další studie však toto tvrzení nepodpořily (Dieterich et al. 2013)

3.4.1.6 Syndrom náhlého úmrtí kojence

Studiemi byla opakovaně zaznamenaná silná asociace mezi kojením a výskytem syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS) (Ahluwalia et al. 2012; Dieterich et al. 2013). Děti, které byly někdy kojeny mají o 45 % nižší riziko SIDS v porovnání s dětmi nekojenými vůbec. U dětí kojených nejméně 2 měsíce dochází ke snížení rizika SIDS o 62 %. U dětí, které byly kojeny výlučně po jakoukoli dobu se riziko SIDS snížilo o 73 %. Tento efekt je pozorován nejspíše z toho důvodu, že kojené dítě se ze spánku probouzí snáze, než dítě nekojené (Dieterich et al. 2013). Fyziologický důvod není zcela objasněn, ale pravděpodobně může souviset s lepší nervovou funkcí kojených dětí (Horne et al. 2004). Bylo zjištěno, že kojené děti jsou ve srovnání s dětmi krmenými umělou výživou v noci častěji vzhůru, z důvodu potřeby nakojení se. Především v období 2–3 měsíců po porodu (kdy je riziko SIDS nejvyšší) byla u kojených dětí zaznamenána vyšší citlivost na sluchovou stimulaci či pohyb vzduchu v jejich okolí. Děti zesnulé z důvodu SIDS se v průběhu spánku pohybovaly méně, byly méně vzrušivé, byl zjištěn jiný mechanismus vzrušivosti u těchto dětí a rovněž byla zaznamenána dysfunkce v oblastech mozku souvisejících s kardiopulsační kontrolou a vzrušivostí ze spánku (Franco et al. 2010). Některé studie naznačovaly, že používání dudlíků při spánku může zvýšit vzrušivost ve spánku kojenců a napomoci tak v prevenci SIDS (Franco et al. 2010; Odoi et al. 2014). Další studie nepotvrdily rozdíl mezi vzrušivostí ve spánku u zdravých kojených dětí a dětí krmených kojeneckou výživou. Připustily však, že u dětí krmených kojeneckou výživou je možné jejich vzrušivost ze spánku použitím dudlíku podpořit. Nicméně pro jasné potvrzení tohoto potenciálně pozitivního efektu použití dudlíku u nekojených dětí je třeba dalších studií (Odoi et al. 2014).

3.4.1.7 Nadváha a obezita

Kojení může být ochranným faktorem pro vznik nadváhy či obezity v dětském věku (Ahluwalia et al. 2012; Victora et al. 2016). Ze 113 studií byla vyvozena asociace, že delší doba kojení vede k nižší pravděpodobnosti vzniku nadváhy či obezity až o 26 % (Victora et al. 2016). V této proměnné sehrával roli výše zmíněný mikrobiom utvářený prostřednictvím MM a také hormony, jež MM rovněž obsahuje. Jak již bylo zmíněno, MM podporuje tvorbu správného mikrobiomu dítěte, který zajišťuje adekvátní regulaci exprese genů, optimální metabolismus a ukládání tuků.

Hormony, neuropeptidy a růstové faktory, v mateřském mléce ovlivňují růst a vývoj dítěte, a také schopnost samoregulace příjmu stravy. Hormon leptin potlačuje chuť k jídlu, hormon ghrelin naopak chuť k jídlu podporuje. Množství těchto hormonů v MM mléce kolísá. Přední mléko obsahuje především ghrelin, zadní mléko leptin. Toto napomáhá k optimální samoregulaci pocitu hladu u kojených dětí. Množství hormonů ovlivňující pocit sytosti tak může vysvětlovat, proč děti krmené formulemi mohou zkonzumovat dané množství formule, aniž by byly schopny efektivně samoregulovat množství přijaté potravy. Dle metaanalýzy observačních studií bylo riziko vzniku obezity o 13–22 % nižší u kojených dětí v porovnání s dětmi krmenými formulemi. Jiná metaanalýza pozorovala snížení rizika vzniku dětské obezity o 4 % s každým měsícem kojení. Nejvyšší riziko však bylo pozorováno u nekojených dětí obézních matek. V porovnání s alespoň 4 měsíce kojenými dětmi matek normální hmotnosti měly nekojené děti obézních matek až šestinásobně vyšší riziko vzniku obezity (Dieterich et al. 2013). U dětí obézních žen bylo také zaznamenáno zvýšené riziko vzniku nadváhy a obezity v pozdějším věku, i z tohoto důvodu by mělo být kojení co nejvíce podporováno (Turcksin et al. 2014).

Přibývá také zdrojů, které potvrzují pozitivní vliv kojení na rozvoj nadváhy a obezity v pozdějším věku (Horta a Victora 2013; Turcksin et al. 2014; World Health Organization, 2020b), toto tvrzení je však nutné ověřit dalšími studiemi (Victora et al. 2016).

3.4.1.8 Diabetes mellitus, kardiovaskulární a metabolická onemocnění

Některé studie diskutují nižší riziko rozvoje metabolického syndromu (Ahluwalia et al. 2012) a diabetu mellitu I. i II. typu (Ahluwalia et al. 2012; Horta a Victora 2013; World Health Organization 2020a). Metaanalýza zkoumající 11 studií zjistila snížení rizika rozvoje diabetu mellitu u kojených dětí o 35 %. Autoři této metaanalýzy však za vysoce kvalitní považovali pouze tři studie z jedenácti. Ty zjistily potenciálně důležité, avšak ne statisticky významné snížení výskytu diabetu o 24 % (Victora et al. 2016).

Vliv kojení na rozvoj kardiovaskulárních onemocnění (KVO) a metabolických onemocnění dětí byl zjišťován několika observačními studiemi. V metaanalýze 7 studií bylo riziko vzniku diabetu mellitu II. typu o téměř 40 % nižší u kojených dětí v porovnání s dětmi nekojenými. Ve vyšším věku byly následně u kojených dětí zjištěny o 3 % nižší hodnoty hladiny inzulínu na lačno, což naznačuje lepší inzulínovou senzitivitu kojených dětí oproti dětem, které jsou krmeny kojeneckými náhradami mateřského mléka (Dieterich et al. 2013).

Další studie diskutovaly pozitivní vliv kojení na hladinu krevního tlaku a celkový cholesterol v krvi. Metaanalýzy sledující hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku

a celkového cholesterolu protektivní účinky kojení neprokázaly (Horta a Victora 2013; Victora et al. 2016).

3.4.1.9 Chrup

Kojení bylo spojeno s nižším výskytem špatného skusu dítěte až o 68 %. Co se týče chrupu, v této souvislosti byl také pozorován jeden negativní aspekt kojení. Tím byla 2–3násobně vyšší incidence zubního kazu u dětí kojených déle než 12 měsíců a dětí kojených v noci. Pravděpodobně v důsledku nedostatečné ústní hygieny. S ohledem na mnoho výhod kojení by tento nežádoucí efekt neměl v žádném případě vést ke zkrácení doby kojení. Naopak by ale měl být kladen větší důraz na hygienu ústní dutiny (Victora et al. 2016).

3.4.2 Zdravotní aspekty u kojící ženy

Přínosy kojení pro ženy nejsou studovány v takovém měřítku jako výhody kojení pro dítě. Existují však četné důkazy o zlepšení zdravotního stavu a nižším riziku rozvoje určitých onemocnění v budoucnosti (Dieterich et al. 2013).

3.4.2.1 Nádorová onemocnění

Kojení se jeví jako ochranný faktor vůči rozvoji karcinomu prsu a vaječnicků (Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016; World Health Organization 2020a). Možné biologické mechanismy ochranného účinku kojení na rozvoj karcinomu prsu zahrnují změny hladin hormonů estradiolu, prolaktinu a růstového hormonu. S delší dobou kojení tento ochranný účinek roste (Chowdhury et al. 2015). Každých 12 měsíců kojení vedlo ke snížení rizika vzniku karcinomu prsu o 4,3 % (Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016) a riziko vzniku karcinomu prsu bylo až o 26 % nižší u žen, které kumulativně kojily déle než 12 měsíců, v porovnání s ženami, které nekojily nikdy (Chowdhury et al. 2015).

Ženy, které nikdy nekojily měly rovněž o 28–35 % větší riziko vzniku karcinomu vaječnicku oproti ženám, které kojily alespoň 12 měsíců (Chowdhury et al. 2015; Dieterich et al. 2013). Preventivní efekt kojení proti vzniku karcinomu vaječnicků je dán více faktory. Jedním ze známých mechanismů je modulace délky ovariálního cyklu. Kojení potlačuje ovulaci a produkci gonadotropinu, čímž dochází k nižší produkci plazmatického estradiolu, který ve vyšších koncentracích může vést k rozvoji karcinomu vaječnicků (Chowdhury et al. 2015)

3.4.2.2 Diabetes mellitus a kardiovaskulární onemocnění

V těhotenství dochází z důvodu podpory růstu plodu v těle ženy ke změnám v metabolismu lipidů a glukózy, které mohou zdraví ženy negativně ovlivnit. Kojení může být prostředkem pro úpravu tohoto změněného metabolismu. V průběhu těhotenství je žena ohrožena rozvojem gestačního diabetu, který následně predisponuje ke vzniku diabetu mellitu II. typu. Laktace napomáhá zvýšení citlivosti na inzulin, čímž se snižuje riziko rozvoje diabetu. Studie naznačují, že delší doba kojení může snížit riziko vzniku diabetu mellitu II. typu až o 32 % (Chowdhury et al. 2015). Dokonce u žen, které nikdy nekojily výlučně, bylo

pozorováno riziko vzniku diabetu až o 50 % vyšší než u žen, které kojily výlučně 1–3 měsíce (Dieterich et al. 2013).

Těhotenství rovněž doprovází hyperlipidemický stav se zvýšenou hladinou cholesterolu a triacylglycerolů v krvi, který může přispívat ke vzniku KVO a metabolických onemocnění. Kojení je spojeno s nižším výskytem těchto zdravotních komplikací. Dle výzkumu byla u žen, které kojily, pozorována nižší incidence hypertenze, hyperlipidemie (Dieterich et al. 2013) i KVO (Ahluwalia et al. 2012; Dieterich et al. 2013) než u žen nekojících. V některých studiích však žádný rozdíl mezi kojícími a nekojícími ženami nebyl pozorován (Dieterich et al. 2013).

3.4.2.3 Úbytek hmotnosti

Výlučné kojení a delší doba kojení se pojily s vyšším úbytkem hmotnosti u žen všech kategorií BMI (Dieterich et al. 2013). Autoři studie prováděné u britských žen došli k závěru, že každých 6 měsíců kojení průměrně napomáhá ke snížení BMI o 1 % (Victora et al. 2016).

Autoři systematického přehledu a metaanalýzy však nenalezly jednoznačnou konzistentní souvislost mezi kojením a úbytkem hmotnosti. Došli k závěru, že výsledný úbytek hmotnosti je značně ovlivněn počáteční hmotností ženy před otěhotněním, hmotnostním přírůstkem v průběhu těhotenství a také věkem ženy (Chowdhury et al. 2015).

3.4.2.4 Amenorea

Díky častému kojení dochází k potlačení ovulace prostřednictvím inhibice hormon uvolňujícího gonadotropinu, nižšímu uvolňování luteinizačního hormonu a folitropinu (folikuly stimulující hormon) (Chowdhury et al. 2015). Výlučné nebo převládající kojení během prvních 6 měsíců po porodu se z tohoto důvodu pojí s obdobím amenorey, tj. nepřítomnosti menstruačního cyklu (Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016).

3.4.2.5 Deprese, psychický stav

Kvalitativní přehled 48 studií ukázal jasnou souvislost mezi kojením a nižším výskytem depresí u žen. Nicméně je pravděpodobnější, že deprese negativně ovlivňuje kojení než opačně (Victora et al. 2016)

3.4.2.6 Osteoporóza

Některé studie diskutovaly možný negativní vliv kojení na vznik osteoporózy u žen (Bolzetta et al. 2014; Victora et al. 2016). Dle metaanalýzy Chowdhury et al. z roku 2015 však neexistují jasné důkazy, které by toto tvrzení podporovaly.

3.4.2.7 Vazba mezi matkou a dítětem

Kojení rovněž napomáhá k upevňování vazby mezi matkou a dítětem. Pravděpodobně existují hormonální a sociální mechanismy kojení, které vazbu mezi matkou a dítětem upevňují, empirické důkazy jsou však omezené. Nicméně u kojících matek byly pozorované vyšší mozkové interakce jako odezva na pláč potomka v porovnání s matkami, které nekojily (Dieterich et al. 2013).

3.4.3 Benefity kojení pro společnost

Benefitem kojení není jen celá řada pozitiv pro zdraví a psychickou pohodu matky i dítěte. Jedná se rovněž o ekonomicky i ekologicky výhodný zdroj potravy. Mateřské mléko, na rozdíl od formulí, nevytváří žádný odpad a nejsou sním spojené náklady na výrobu či distribuci (Rollins et al. 2016). Kojení domácnostem snižuje výdaje a náklady spojené s nákupem dětské výživy (Ahluwalia et al. 2012). Prostřednictvím podpory správného vývoje kojených dětí a současným snižování nákladů za zdravotní výdaje nekojených dětí vede propagace a ochrana kojení k ekonomickým přínosům jak na úrovni jednotlivých rodin, tak na nadnárodní úrovni (World Health Organization 2020).

3.5 Kontraindikace kojení

V některých situacích může být kojení i přes svá veškerá pozitiva částečnou nebo úplnou kontraindikací. V těchto případech je nutné pečlivě zvážit, zda pozitiva kojení v daném stavu převažují nebo hrozí převaha negativ. Mnohdy v těchto situacích také záleží na postoji samotné matky ke kojení (Černá a Kollárová 2015). Situace absolutní nebo částečné kontraindikace jsou:

- **Galaktosemie dítěte.** Absolutní kontraindikací je klasická forma, kdy je aktivita enzymu gal-1-puridyltransferáza v erytrocytech nulová. U mírnějších forem galaktosemie je částečné kojení možné.
- **Fenylketonurie dítěte.** Fenylketonurie je částečnou kontraindikací kojení a je nutné stanovit množství mateřského mléka, které je možno dítěti vzhledem k individuální toleranci fenylalaninu poskytnout (Bělohávková et al. 2015; Černá a Kollárová 2015).
- **Leucinóza dítěte.** Absolutní kontraindikace (Tiruye et al. 2018).
- **Další metabolické vady** je nutné konzultovat s metabolickým centrem (Bělohávková et al. 2015; Černá a Kollárová 2015).
- **Matka infikovaná virem HIV/ AIDS či HTLV-1, 2.** Absolutní kontraindikace (Bělohávková et al. 2015; Černá a Kollárová 2015; Davanzo 2018).
- **Matka infikovaná virem Ebola.** Absolutní kontraindikace (Centers for Disease Control and Prevention 2019).
- **Matka užívající omamné/návykové látky.** Absolutní či částečná kontraindikace v závislosti na konkrétních případech (Bělohávková et al. 2015; Černá a Kollárová 2015; Davanzo 2018; Centers for Disease Control and Prevention 2019).

Mohou rovněž nastat situace, kdy je kojení kontraindikováno dočasně. V těchto případech by měla být laktace matky podporována a udržována pravidelným odstříkáváním. Mléko je nejčastěji po dobu kontraindikace vyléváno a po odstranění zdravotní indispozice může být kojení naplno obnoveno (Černá a Kollárová 2015). Dočasnými kontraindikacemi jsou:

- **Chemoterapie matky.**
- **Chřipkový virus H1N1.**
- **Herpes simplex a herpes zoster na prsu.** Lézí postižený prs je třeba od kojení distancovat a zcela vyléčit. Ze zdravého prsu lze kojit bez přerušení.

- **Plané neštovice, jež se objeví do 5 dnů před a 2 dnů po porodu.** Matka by měla být od dítěte do prasknutí puchýřků izolována a dítěti by měl být neprodleně podán varicella-zoster imunoglobulin či standardní imunoglobulin. Mateřské mléko je možno po odstříkání dítěti podávat (Bělohávková et al. 2015)
- **Cytomegalovirus.** Není kontraindikací pro zdravé donošené děti. U nedonošených, imunodeficientních jedinců či novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností je nutné individuálně zvážit, zda po zmrazení či pasteraci MM dojde k takovému snížení množství cytomegaloviru, aby bylo podání takto upraveného MM bezpečné (Bělohávková et al. 2015; Davanzo 2018).
- **Aktivní tuberkulóza.** Matka s aktivní tuberkulózou by se od dítěte měla distancovat do doby, kdy již není infekční. Mléko by po celou dobu měla odstříkávat a dítěti může být podáváno. Dítě by mělo být očkováno a podrobena chemoprophylaxi (Černá a Kollárová 2015).
- **Radioaktivní izotopy.** Ve většině případů lze zvolit radionuklid s krátkým poločasem rozpadu a není tak nutné přerušovat kojení. Před vyšetřením se ženě doporučuje mléko odstříkat pro možnost použití v době přerušování kojení, která by měla být 5krát delší, než je poločas rozpadu použitého radionuklidu.
- **Narkóza.** Přerušování kojení určuje anesteziolog (Černá a Kollárová 2015).
- **Vybrané léky.** Aktuální seznam léků je pravidelně publikován WHO, UNICEF, Americkou pediatrickou akademií a lze jej najít např. i na stránkách Národní knihovny medicíny Spojených států amerických (National Library of Medicine) (Bělohávková et al. 2015; Černá a Kollárová 2015).

V této souvislosti je vhodné zmínit i situace a stavy, při kterých kojení není kontraindikováno. Jsou jimi:

- **Hepatitida A, B, a C.**
- **Horečnaté stavy nebo virózy.**
- **Mastitidy.**
- **Očkování matky nebo dítěte.**
- **Onemocnění zažívacího a uropoetického traktu matky.**
- **Kouření matky** (je však doporučeno kouření ukončit).
- **Příležitostné požití alkoholu** s odstupem 2 hodin od dalšího kojení (Bělohávková et al. 2015).
- **Užívání léků kompatibilních s kojením** (Černá a Kollárová 2015).

3.6 Faktory ovlivňující délku kojení

Téměř všechny ženy jsou biologicky schopné kojit. Pouze velmi malé procento z nich se může potýkat s vážnými zdravotními omezeními, které možnost kojení limitují (Rollins et al. 2016). Kromě výše uvedených kontraindikací kojení může až 5 % žen limitovat primární neschopnost plně kojit. Důvodem mohou být mastektomie či jiné operace prsou, nedostatečně vyvinuté prsní žlázy v důsledku hypoplastických prsou, poporodní krvácení s Sheehanovým syndromem, infekce nebo hypertenze (Neifert 2001). Míra a schopnost kojení je ovlivňována celou řadou socioekonomických, kulturních a individuálních faktorů (Rollins et al. 2016).

Přestože je mateřské mléko a kojení považováno za ideální stravu pro dítě, stále se v souvislosti s kojením některé ženy setkávají s negativními reakcemi okolí nebo veřejnosti. Zdravotnická zařízení, odbornost a vzdělanost zdravotnického personálu mají značný vliv na úspěšnost kojení. Riziková těhotenství, těžké porody, dlouhé pobyty v nemocnici, nemoc matky či novorozence, předčasně narození novorozenci či novorozenci s nízkou porodní hmotností, to všechno jsou situace, u kterých může docházet k prodlevě v zahájení kojení. Nejen v těchto situacích je správná praxe a podpora kojení klíčová. Faktem je, že nedostatečná odbornost zdravotníků, schopnost podpory při kojení či negativní zkušenosti žen spojené s kojením v porodnicích a zdravotnických zařízeních nejsou žádnou výjimkou (Rollins et al. 2016).

Z těchto a mnoha dalších důvodů je velmi důležité pochopení a znalost širokého spektra proměnných, jež mohou postoj ke kojení, jeho iniciaci a celkové trvání ovlivňovat. V závislosti na těchto znalostech pak efektivním způsobem motivovat a podporovat co nejvyšší procento žen ke kojení a zavádět vhodné intervence podporující kojení. Napříč studii je zkoumáno velké množství potenciálních faktorů, jež mohou schopnost či motivaci ke kojení menším či větším způsobem ovlivnit. Vysoká heterogenita designu studií a odlišné výklady a závěry zjištěných výsledků však jednoznačné určení vhodných intervencí pro podporu kojení ztěžují (Cohen et al. 2018).

Pro přehlednost lze jednotlivé determinanty, jež mohou ovlivňovat průběh či délku kojení, rozdělit do několika základních kategorií. Jsou jimi: demografické faktory, biologické proměnné, postojové charakteristiky, praxe v nemocnicích a zdravotnických zařízeních, sociální proměnné (Dieterich et al. 2013).

3.6.1 Demografické faktory

Mezi demografické proměnné, které mohou mít vliv na délku kojení, spadají věk či vzdělání matky, socioekonomické faktory, rodinný stav či místo bydliště (Thulier a Mercer 2009).

3.6.1.1 Vzdělání matky

Vyšší vzdělání žen bylo napříč studii konzistentně hodnoceno jako pozitivní faktor jak pro iniciaci kojení, tak jeho celkově delší dobu trvání (Thulier a Mercer 2009; Dieterich et al. 2013; Robert et al. 2014; Victora et al. 2016; Cohen et al. 2018). Nižší vzdělanost matek byla spojena se sníženou četností výlučného kojení (Mydlilová et al. 2008).

3.6.1.2 Věk matky

Vyšší věk matky byl silně asociován s větší úspěšností kojení (Thulier a Mercer 2009). Nižší věk žen se pojil s menší pravděpodobností zahájení kojení (Cohen et al. 2018). Četnost výlučně kojících dětí mladších matek byla také nižší (Mydlilová et al. 2008), rovněž i celková délka kojení u mladších žen byla v porovnání se staršími ženami kratší (Dieterich et al. 2013; Cohen et al. 2018). Autoři Brazílské kohortové studie Neto et al. (2013) označili věk ženy nad 35 let jako protektivní faktor pro dobu kojení alespoň 12 měsíců.

3.6.1.3 Informovanost a vzdělanost v oblasti kojení

Pro vyšší úspěšnost kojení je doporučováno, aby již před narozením dítěte nejen matka, ale ideálně oba rodiče byli v oblasti kojení dostatečně vzdělaní. Měli by být obeznámeni s doporučením WHO. Být si vědomi doporučené délky kojení a znát všechny benefity kojení pro matku i dítě. Současně by si měli být vědomi rizika, které přináší zavádění formulí před 6 měsíci věku dítěte (Robert et al. 2014), a to z toho důvodu, že pravděpodobnost zahájení kojení a jeho následného pokračování byla podle metaanalýzy z roku 2018 o 41 % vyšší u žen, které byly v oblasti kojení informované v porovnání s ženami, které dostatek informací neměly. Žena byla považována za informovanou či edukovanou v případě účasti na předporodních kurzech věnujících se kojení. Dále pak, pokud před porodem nebo v průběhu kojení absolvovala konzultace s laktačními poradkyněmi nebo odborníky na kojení. Rovněž také jestliže se aktivně v problematice vzdělávala a vyhledávala si odborné informace. Mezi informovanost žen v oblasti kojení nebyla zahrnuta intervence v porodnici (Cohen et al. 2018).

Vzdělávání žen v oblasti kojení v prenatálním období vedlo k úspěšnějšímu zahajování kojení, nebyl však pozorovaný vliv na celkovou délku kojení (Thulier a Mercer 2009)

3.6.1.4 Rodinný stav

Další demografickou proměnnou, která byla spojována s délkou kojení, je rodinný stav. Jak výlučné kojení, tak jeho celková délka byla pozitivně spojována s manželstvím či partnerským soužitím (Thulier a Mercer 2009). Ženy bez partnera výlučně kojily kratší dobu (Mydlilová et al. 2008). Rovněž byla zjištěna i kratší celková délka kojení u žen žijících bez partnera (Thulier a Mercer 2009).

3.6.1.5 Socioekonomický status

Stejně jako vyšší vzdělání matky se vyšší příjem a socioekonomický status domácnosti pojil s vyšší pravděpodobností úspěšného zahájení kojení a rovněž i s celkově delším trváním kojení (Thulier a Mercer 2009; Dieterich et al. 2013; Victora et al. 2016; Cohen et al. 2018). Thulier a Mercer (2009) dodali, že pokud byly ženy z rodin s nižším příjmem více vzdělané, měly partnera a účastnily se předporodních kurzů, nebyl tento efekt zaznamenán.

3.6.2 Praxe v porodnicích a zdravotnických zařízeních

Dobře propracovaná strategie pro ochranu, podporu a prosazování kojení v porodnicích a zdravotnických zařízeních s kojícími ženami je opakovaně studii označována jako velmi vhodný nástroj k podpoře kojení a vede k jeho delšímu trvání (Laktační Liga, 2016).

3.6.2.1 Baby-friendly hospital initiative

Pro podporu a propagaci kojení ve zdravotnických zařízeních založily v roce 1991 Světová zdravotnická organizace společně s UNICEF iniciativu Baby-friendly hospital initiative (BFHI). V rámci této iniciativy bylo vytvořeno tzv. 10 kroků k úspěšnému kojení, které shrnují základní body a činitele, jež ovlivňují úspěšnost kojení (World Health Organization 2017). Těchto deset kroků shrnuje Tabulka 1.

Tabulka 1 10 kroků k úspěšnému kojení (Laktační Liga 2018)

10 kroků k úspěšnému kojení

Klíčové řídicí postupy

1a. Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a příslušná usnesení Světového zdravotnického shromáždění (WHA).

1b. Mít písemně vypracovanou strategii výživy kojenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.

1c. Zavést systémy průběžného monitorování a správy dat.

2. Postarat se o to, aby zaměstnanci měli dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti pro podporu kojení.

Klíčové klinické postupy

3. Diskutovat o významu a praktickém zvládnutí kojení s těhotnými ženami a jejich rodinami.

4. Zajistit okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky v tom, aby kojení zahájily co nejdříve po porodu.

5. Podporovat matky v zahájení a udržování kojení a ve zvládnutí běžných obtíží.

6. Nedávat kojeným novorozencům žádné jídlo nebo tekutiny jiné než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.

7. Umožnit matce a dítěti zůstat spolu; praktikovat rooming-in 24 hodin denně.

8. Podpořit matky v tom, aby u svého dítěte rozpoznaly signály ke krmení a reagovaly na ně.

9. Poskytovat matkám rady ohledně používání lahvíček, šidítek a dudlíků a rizik s tím spojených.

10. Koordinovat propouštění tak, aby měl rodič s dítětem včasný přístup k průběžné podpoře a péči.

Ve zdravotnických zařízeních, která se řídí zásadami BFHI, byla pozorována vyšší míra úspěšného zahájení kojení, výlučného kojení i celková delší doba kojení (Dieterich et al. 2013).

Naopak pokud se personál těmito zásadami neřídil, zdravotníci ženám doporučovali zavedení formulí. Tato skutečnost vedla k větší pravděpodobnosti předčasného ukončení kojení (Dieterich et al. 2013). Studie hodnotící postoje ke kojení poskytovatelů zdravotní péče došla k závěru, že i neutrální přístup ke kojení mohl vést k nižší incidenci kojení. Zejména však u těch matek, které plánovaly kojit krátce (Thulier a Mercer 2009).

Jiná studie zjistila, že se někteří zdravotníci obávají ženy povzbuzovat v kojení ze strachu, aby se ženy necítily nucené, anebo byly zklamané z neúspěchu. Všichni zdravotníci by v souladu s 10 kroky k úspěšnému kojení měli kojení podporovat a ženy by měly být povzbuzované k sebedůvěře a úspěšnému zvládnutí kojení (Thulier a Mercer 2009). Jako podstatný se jeví i projev empatie k ženám, stejně jako uznání, že mateřské a pečovatelské

povinnosti nejsou snadné. Důležitá je pochvala za vynaložené úsilí, rovněž uznání a pochopení v případech potíží s kojením (Lau et al. 2018).

3.6.2.2 Separace matky a novorozence, kontakt skin-to-skin, rooming-in

Včasná interakce matky a novorozence hraje významnou roli v procesu zahájení kojení, a také ovlivňuje budoucí vztah matky a dítěte. Fyzický kontakt a vzájemná blízkost v prvních hodinách po porodu mají pozitivní vliv na matku i novorozence, podporují mateřské chování a mateřství, upevňují vazbu mezi matkou a dítětem a rovněž usnadňují budoucí interakce mezi nimi (Bystrova et al. 2009). Kontakt kůže na kůži (skin-to-skin) napomáhá k udržení správné tělesné teploty dítěte, jemuž je na těle matky umožněno první přisátí a zahájení kojení. V první půlhodině po porodu je novorozenec na zahájení kojení nejlépe připraven, hledací a sací reflexy jsou v této době nejsilnější (Gregora a Paulová 2011), novorozenci mají vyšší hladinu adrenalinu a jsou připraveni k prvnímu přisátí (Dodwell 2010). Proto je první půlhodina až hodina po porodu velmi zásadní a v souladu s doporučeními WHO by neprodleně po narození měl být skin-to-skin kontakt podporován. Skin-to-skin kontakt také podporuje uvolňování oxytocinu, díky němuž dochází mimo jiné ke zmírnění bolesti po porodu, podpoře pocitu pohody a lásce k dítěti (Dodwell 2010).

Rovněž by měla být ženám poskytována možnost nepřetržitého kontaktu se svým dítětem v jedné místnosti po 24 hodin denně, tzv. rooming-in (pokud se samozřejmě nejedná o výjimečné případy, kdy novorozenec potřebuje specializovanou péči) (World Health Organization 2017).

Odloučení matky a novorozence po porodu jsou v některých případech běžnou praxí (Moore et al. 2016). Studie však ukazují, že umožnění kontaktu skin-to-skin do 1 hodiny po porodu pozitivně ovlivňuje matku i dítě. Vede k větší spokojenosti matky i dítěte a pozitivně se pojí s délkou kojení (Bystrova et al. 2009). V metaanalýze z roku 2018 byl sledován vliv separace matky s dítětem a hodnocen prostřednictvím rooming-in i skin-to-skin kontakt. Oba tyto faktory silně asociovaly s iniciací kojení i jeho celkovou délkou. Nepřetržitý kontakt matky s dítětem v průběhu hospitalizace v nemocnici podporuje kojení. A naopak prodleva v zahájení kojení může negativně ovlivňovat schopnost kojence efektivně sát, v důsledku čehož dochází ke snížení tvorby MM. Tato zjištění korespondují s doporučením iniciativy Baby-friendly Hospital Initiative, jež podporuje zahájení kojení v první hodině po porodu a následný rooming-in (Cohen et al. 2018).

V istanbulské studii bylo zjištěno, že 65 % dětí, které byly přiloženy během 30 minut po porodu, dosáhlo úspěšného přisátí na první pokus. U dětí, které byly přiloženy později, než v prvních 30 minutách po porodu, došlo k úspěšnému přisátí pouze v 5 % případů. Také bylo zjištěno, že matky, které byly v kontaktu skin-to-skin s dítětem do 30 minut po porodu v 61 % případů nepotřebovaly pomoc při zahajování kojení. Pokud matky s dítětem v kontaktu skin-to-skin do 30 minut po porodu nebyly, nepotřebovaly pomoc pouze ve 44 % případů. Z toho pozorování vyplývá, že prodleva při zahájení kojení může narušovat úspěšné zahájení kojení, a proto by kontakt matky s novorozencem měl být co nejdříve po porodu (Inal et al. 2016).

3.6.3 Biologické faktory

Mezi biologické proměnné, které mohou ovlivňovat kojení, řadíme způsob porodu, paritu, množství mateřského mléka, hmotnost matky, zdravotní či fyzické problémy a kouření (Thulier a Mercer 2009).

3.6.3.1 Způsob porodu

Způsob a okolnosti porodu jsou diskutovány v mnoha studiích. Mezi jednotlivými pracemi však dochází k mírné heterogenitě a různým kategorizacím porodu. Nejčastěji se porod dělí na vaginální porod a porod císařským řezem, dále pak na vaginální porod spontánní a vaginální porod indukovaný (vyvolaný), anebo na plánovaný porod císařským řezem a akutní porod císařským řezem. Vaginální porod byl však konstantně hodnocen jako pozitivní faktor pro iniciaci i následném pokračování kojení (Cohen et al. 2018). Přirozený vaginální porod umožňuje neprodlené přiložení novorozence na tělo matky (Gregora a Paulová 2011). Porod císařským řezem často neumožňuje skin-to-skin kontakt, pojí se s prodlevou v zahájení kojení a může se negativně projevit na délce výlučného kojení (Mydlilová et al. 2008; Tully a Ball 2014; Rollins et al. 2016; Cohen et al. 2018).

Podání anestezie při porodu je rizikovým faktorem pro výlučné kojení (Mydlilová et al. 2008; Bystrova et al. 2009). U novorozenců, jejichž matkám byla během porodu podána anestezie, byla zjištěna nižší bdělost a nižší míra projevu hledacích i sacích reflexů při zahajování prvního kojení (Ransjö-Arvidson et al. 2001; Torvaldsen et al. 2006). Ženy, kterým byla během porodu podána anestezie, méně často výlučně kojí a své potomky odstavují dříve v průběhu prvních 6 měsíců než ty ženy, kterým anestezie během porodu podána nebyla (Ransjö-Arvidson et al. 2001; Torvaldsen et al. 2006; Bystrova et al. 2009).

U žen podstupujících císařský řez může být v důsledku snížené sekrece oxytocinu a vyšší hladině stresu snížena laktogeneze (tvorba) a produkce MM (Cohen et al. 2018). U vyvolaných porodů a akutních porodů císařským řezem byly zaznamenány větší potíže při zahajování kojení (Ahluwalia et al. 2012; Rollins et al. 2016), v některých případech i v jeho celkové délce (Ahluwalia et al. 2012). Jinde nebyla nalezena žádná souvislost mezi porodem císařským řezem a délkou kojení (Robert et al. 2014; Rollins et al. 2016).

Některé zdroje uvádějí, že negativní vliv porodu císařským řezem na zahájení kojení byl méně pozorovaný u žen, které porod císařským řezem plánovaly. A to nejspíše proto, že na poporodní obtíže spojené s kojením byly předem připraveny. Tyto zdroje docházejí k závěru, že matky, které měly uměle vyvolaný porod nebo akutní porod císařským řezem, mohou potřebovat větší a déletrvající podporu při kojení. A pokud je jim tato pomoc správně a včas poskytnuta, nemusí být tento negativní vliv zaznamenán (Ahluwalia et al. 2012; Rollins et al. 2016; Cohen et al. 2018). Další studie naopak zjistily, že některé ženy, které porod sekci plánovaly, uváděly s menší četností záměr kojít a méně často vyhledávaly předporodní kurzy kojení a případnou pomoc při kojení (Ahluwalia et al. 2012; Hobbs et al. 2016; Cohen et al. 2018). Jejich děti se následně často potýkaly s nižším gestačním věkem, špatnou technikou sání či sníženou bdělostí (Cohen et al. 2018).

Indukovaný vaginální porod a akutní porod císařským řezem mají negativní vliv na délku kojení. V těchto případech častěji dochází k dlouhému a obtížnému porodu, je podána

analgezie, anestezie či hormony vyvolávající porod. Rovněž tyto ženy ve vyšší míře zažívají stres spojený s těžkým porodem. Často jsou ochuzeny o skin-to-skin kontakt s dítětem a v důsledku potřeby delší doby zotavení se po náročném porod může u těchto žen docházet ke zpoždění laktogeneze. Tyto zmíněné faktory mohou snížit pravděpodobnost iniciace kojení anebo jeho výslednou délku. Tyto ženy se rovněž potýkají s většími obtížemi při zahájení kojení i s jeho následným pokračováním (Ahluwalia et al. 2012).

3.6.3.2 Nedostatek mléka

Nedostatečné množství mléka je ženami velmi často uváděno jako důvod odstavení dítěte (Thulier a Mercer 2009; Dieterich et al. 2013; Susiloretni et al. 2019). Přibližně 50 % žen subjektivně uvádí, že má nedostatečné množství mléka. Ve skutečnosti však opravdu fyziologicky nedostatečným množstvím mléka trpí asi jen 5 % žen (Dieterich et al. 2013). Problematika nedostatečné produkce mateřského mléka je velice důležitý faktor vyskytující se v mezinárodním měřítku napříč všemi kulturami i socioekonomickými vrstvami (Thulier a Mercer 2009) a skýtá velký potenciál v možných intervencích. Pokud žena v důsledku pocitu nedostatku mléka vnímá nižší sebedůvěru v sebe sama a schopnost dítě plně nasytit, uchýlí se k podávání umělých formulí, dochází tak k nižšímu odběru MM, které se postupně méně a méně tvoří, což problém prohlubuje (Thulier a Mercer 2009; Dieterich et al. 2013).

3.6.3.3 Podávání tekutin, zavádění formulí a příkrmu

Některé studie uvádějí, že podávání vody nebo čaje kojencům může způsobit menší pocit hladu. Kojenci následně méně často vyžadují prs a tato nižší poptávka po mateřském mléce může vést k jeho snížené tvorbě, která je rizikovým faktorem pro brzké odstavení dítěte (Susiloretni et al. 2019). Některé studie rovněž našly souvislost mezi podáváním náhrad mateřského mléka a brzkým odstavením dítěte (Robert et al. 2014; Susiloretni et al. 2019). Podávání formulí vedlo k nižší frekvenci kojení a k jeho celkově kratší době. Patrně i z toho důvodu, že krmení z lahve je pro dítě mnohdy snazší. Pokud jsou matky nedostatečně informované a dokrmují v dobré vůli své dítě formulemi, mohou tak zapříčinit snížení tvorby mléka a s ní spojené předčasné odstavení dítěte (Susiloretni et al. 2019)

Z těchto zmíněných důvodů i WHO doporučuje, aby v době výlučného kojení byly tekutiny kojencům podávány pouze v lékařsky indikovaných případech. Rovněž upozorňuje, že nedostatek času nebo znalostí personálu nejsou přijatelným důvodem pro předčasné zavádění dokrmu nebo tekutin (World Health Organization 2017).

Celkovou délku kojení dle některých studií pozitivně ovlivnilo pozdější zavádění příkrmu (Thulier a Mercer 2009). Dle jiných studií však tato skutečnost na celkovou délku kojení vliv neměla. Proto je vztah mezi trváním výlučného kojení a jeho výslednou celkovou délkou nutné ověřit dalšími studiemi (Susiloretni et al. 2019)

3.6.3.4 Hmotnost ženy

Studiemi je opakovaně potvrzován negativní vliv obezity na kojení (Thompson et al. 2013; Claesson et al. 2019; Marshall et al. 2019). Obezita je celosvětovým

problémem a způsobuje mnoho zdravotních i sociálních komplikací. Vysoká hodnota indexu tělesné hmotnosti (BMI) u žen se pojila s nižší mírou úspěšného zahájení kojení, kratší dobou výlučného i celkového kojení (Amir a Donath 2007; Dieterich et al. 2013; Turcksin et al. 2014). Obezita matek byla spojena s významně vyšší mírou ukončení kojení do 6 měsíců po porodu. Největší riziko pro zavedení formulí na úkor kojení bylo pozorováno u obézních prvorodiček (Marshall et al. 2019).

Příčiny vedoucí k nižší prevalenci kojení u obézních žen zahrnovaly obtíže při zahajování kojení i v jeho průběhu (Amir a Donath 2007; Turcksin et al. 2014). Obézní ženy mají častěji anatomické a fyziologické problémy při kojení (Amir a Donath 2007; Baker et al. 2007; Dieterich et al. 2013; Turcksin et al. 2014). Mezi tyto problémy se řadí například správný vývoj a normální funkce prsních žláz, které umožňují výlučné kojení novorozence na požádání, v některých případech až 12krát denně (Marshall et al. 2019). Obezita je rovněž považována za příčinu opožděné laktogeneze a snížené tvorby MM (Baker et al. 2007; Dieterich et al. 2013; Marshall et al. 2019). Tyto problémy obézních žen se často pojí s komplikacemi obezity jako jsou diabetes mellitus či syndrom polycystických ovarií. Obézní ženy se často potýkají s vyšší mírou komplikací při kojení v souvislosti s velkými prsy, mají tak častěji problémy při dosažení správné západky (správného uchopení prsu dítětem) a polohy dítěte při kojení (Amir a Donath 2007; Dieterich et al. 2013; Turcksin et al. 2014). Obézní ženy také ve vyšší míře trápí popraskané bradavky a únava (Amir a Donath 2007; Turcksin et al. 2014). Rovněž byla mezi těmito ženami častěji zaznamenána nedostatečná sebedůvěra (Amir a Donath 2007; Dieterich et al. 2013; Turcksin et al. 2014; Claesson et al. 2019), vyšší míra depresí, a častěji se jednalo o ženy s nižším socioekonomickým statutem, který je rovněž prediktorem negativně se pojícím s úspěšným kojením (Amir a Donath 2007; Dieterich et al. 2013; Turcksin et al. 2014).

V některých studiích byl pozorován nižší záměr obézních žen kojit (Guelinckx et al. 2012; Claesson et al. 2019). Většina žen však kojit zamýšlela bez ohledu na BMI, nicméně v důsledku nižší sebedůvěry ženy s $BMI \geq 25$ častěji udávaly nižší míru motivace kojit a častěji připouštěly, že pravděpodobně nebudou schopny výhradně kojit již od začátku (Claesson et al. 2019). Nebyl však zaznamenán rozdíl v míře kojení mezi ženami s normální hmotností a nadváhou (Thompson et al. 2013). Obezita žen však byla výrazně spojena s nižší mírou výlučného kojení i u těch žen, které původně zamýšlely kojit zcela výhradně (Marshall et al. 2019).

Nižší prevalence úspěšného zahájení kojení byla pozorována i u žen s podváhou (Baker et al. 2007; Thompson et al. 2013; Winkvist et al. 2015; Mangel et al. 2019). Nicméně oproti ženám s vysokým BMI je těchto žen v rámci studií podstatně menší množství. Současně je efekt nižší míry kojení u žen s podváhou pozorován v menším rozsahu než u žen obézních. Pravděpodobně i z těchto důvodů se studie ženami s podváhou zabývají méně často a nejsou zcela zřejmé důvody tohoto závěru.

Bylo zjištěno, že ženy s podváhou podobně jako obézní ženy zamýšlejí kojit v menší míře než ženy s normální hmotností (Guelinckx et al. 2012). Také bylo pozorováno, že oproti ženám s normální hmotností, nadváhou nebo obezitou mají ženy s podváhou menší průměr dvorců. Tato skutečnost ale nebyla označena jako důvod pro nižší prevalenci kojení u žen s podváhou (Mangel et al. 2019). V rámci nedávné kohortové studie z Taiwanu bylo zjištěno, že ženy s hmotností v kategorii podváhy byly oproti ostatním skupinám významně mladší a vysoké procento z nich byly prvorodičky. To jsou pravděpodobní činitelé, kteří by mohli přispívat

k nižší úspěšnosti při zahajování kojení. Autoři studie rovněž zmiňovali, že kategorie žen s podvážou čítá nižší množství respondentek, proto je potřeba dalších studií, které by se těmito ženami zabývaly a jasně potvrdily, zda skutečně podváha žen přispívá k nižší míře kojení a jaké faktory tomu k tomu přispívají (Chen et al. 2020).

3.6.3.5 Parita

Další diskutovanou proměnnou, která potenciálně může ovlivňovat iniciaci, průběh či celkovou délku kojení je parita, tedy odlišení mezi prvorodičkami a ženami, jež mají alespoň jedno další dítě. Některé studie poukazují na možnou prodlevu při zahajování kojení u prvorodiček v porovnání s ženami, které již dřívější zkušenost s kojením mají (Orün et al. 2010). Některé studie také diskutují souvislost mezi multiparitou a celkově delší dobou kojení (Thulier a Mercer 2009). Autoři metaanalýzy z roku 2018 (Choen et al.) však v tomto ohledu mezi studii nenalezli jednoznačně pozitivní či negativní souvislost. Multiparita se však pozitivně pojila s delší dobou kojení. Předchozí negativní zkušenosti s kojením a neúspěšné zahájení předchozího kojení snižovaly úspěšnost a délku kojení dalších dětí (Cohen et al. 2018; Claesson et al. 2019).

3.6.3.6 Kouření matky

Kouření se významným způsobem negativně odráží na lidském zdraví. Jeho účinky však nejsou okamžité, a to mnohdy podporuje mylné představy o jeho neškodnosti. S rostoucí délkou doby kouření se jeho negativní účinky prohlubují. Kouření v průběhu těhotenství zvyšuje riziko předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti novorozence, vrozených vývojových vad či zdravotních komplikací u vyvíjejících se dětí. Mezi tyto zdravotní komplikace patří například hypoglykémie či polycystémie v časném poporodním období, vyšší incidence metabolického syndromu, obezity, hypertenze či diabetu v pozdějším věku (Centers for Disease Control and Prevention 2020a).

Za bezpečné nemohou být považovány ani elektronické cigarety či jiné produkty obsahující nikotin. Ačkoli obsahují nižší množství škodlivých látek, stále představují zdravotní riziko pro ženu i dítě (Centers for Disease Control and Prevention 2020a).

Silné kuřáčky mohou v průběhu těhotenství způsobit abstinenční syndrom dítěte, který se projeví neklidem, křikem a neprospíváním. Kouření během těhotenství i kojení zvyšuje riziko SIDS. Škodlivé látky z cigaretového kouře společně s nikotinem přestupují do mateřského mléka, způsobují jeho nižší tvorbu (Dieterich et al. 2013; Černá a Kollárová 2015) a blokují spouštěcí reflex (Černá a Kollárová 2015). Kouření je proto spojováno s kratší dobou kojení (Giglia et al. 2006; Černá a Kollárová 2015) a je označováno za jeden z nejsilnějších a nejkonzistentnějších faktorů s negativním vlivem na kojení (Cohen et al. 2018).

Autoři metaanalýzy Cohen et al. (2018) mimo spojitost kouření s kratší délkou kojení potvrzují i vliv kouření na sníženou tvorbu mléka. Také došli k závěru, že z žen, které během těhotenství přestanou kouřit, se jich 50–80 % ke kouření během prvních 6 měsíců po narození dítěte vrátí.

Odvykání závislosti na tabáku je účinný způsob, jak zabránit poškození zdraví matky i dítěte. Ať se žena rozhodne zanechat kouření před otěhotněním, v průběhu těhotenství či kojení, nikdy není příliš pozdě. Omezení kouření může pozitivně ovlivnit výslednou délku kojení (Centers for Disease Control and Prevention 2020a).

3.6.3.7 Zdravotní komplikace, předčasný porod

Závažné zdravotní komplikace kojenců a situace vyžadující intenzivní péči (Thulier a Mercer 2009), mezi které patří např. i předčasný porod, mohou negativně ovlivňovat kojení (Thulier a Mercer 2009; Robert et al. 2014). Společně se samotnými zdravotními komplikacemi zde hraje roli stres, či odloučení matky a novorozence, které mohou mít negativní dopad na zahájení a úspěšné pokračování kojení (Thulier a Mercer 2009).

Vyšší riziko předčasného porodu a jiných komplikací negativně ovlivňujících kojení bylo pozorováno především u obézních žen. Jedná se např. o dystokii ramene, makrosomie plodu, vrozené abnormality aj. (Thulier a Mercer 2009).

Také bylo zjištěno, že ženy, které během těhotenství prodělaly nějaké onemocnění, ve větší míře zahajovaly kojení později než zdravé ženy (Orün et al. 2010).

3.6.3.8 Mastitidy a další problémy spojené s prsy

Mastitidy, ucpaný mlékovod, vpáčené, bolavé, oteklé či popraskané bradavky jsou častými problémy při kojení, které mohou vyústit až k odstavení dítěte (Feng et al. 2019; Thulier a Mercer 2009). Některé ženy předpokládají, že je kojení vrozenou dovedností a není nutné se v této problematice vzdělávat. V důsledku nedostatečné informovanosti pak může docházet k nevhodnému řešení problémů. Nesprávná volba kompenzace daného problému pak může vést až k předčasnému ukončení kojení (Thulier a Mercer 2009).

Rovněž, jak již bylo výše zmiňováno, se i ženy s velkými prsy mohou potýkat s častějšími obtížemi při kojení. Nadměrná velikost prsou může způsobovat obtíže v dosažení správného přiložení a sání dítěte (Amir a Donath 2007).

3.6.3.9 Technika kojení, používání lahví a dudlíků

Nesprávná technika kojení vede k vyšší četnosti problémů, které následně mohou vyústit ke zkrácení jeho celkové délky. Mezi tyto aspekty spadá nevhodná poloha dítěte, nedostatečná západka a nedostatečné sání dítěte. Tyto faktory zásadním způsobem úspěšnost kojení ovlivňují, jednoznačně však nemusí vést k jeho dřívějšímu ukončení (Kronborg et al. 2009).

Souvislost mezi používáním dudlíků, šidítek, saviček či kojeneckých lahví a zvýšeným rizikem předčasného ukončení kojení byla potvrzena několika studiemi (Kronborg et al. 2009; Neto et al. 2013). Používání těchto pomůcek může vést k předčasnému odstavení dítěte v důsledku jiné, pro kojení nevhodné techniky sání (Kronborg et al. 2009). Z toho důvodu WHO jejich používání nedoporučuje a v případech, kdy je ze závažných důvodů indikována náhradní strava, doporučuje ke krmení používat lžíci nebo hrnek. Důrazně také upozorňuje, aby zaměstnanci zdravotnických zařízení kojencům dudlíky, lahve či šidítka nepodávali (World Health Organization 2017).

3.6.4 Sociální faktory

Sociální faktory jako jsou podpora žen, postoje ke kojení rodiny nebo veřejnosti, pracovní vytíženost kojící ženy, sociální interakce, vztahy aj. jsou dalšími důležitými aspekty, které se mohou určitým způsobem projevit na úspěšnosti a délce kojení.

3.6.4.1 Podpora žen

Předporodní příprava, následná podpora a pomoc při kojení sehrávají velmi důležitou roli v jeho úspěšnosti (Claesson et al. 2019). Podpora matek v průběhu těhotenství a těsně po porodu má pozitivní vliv na zahájení kojení (Cohen et al. 2018). Individuální a včasná profesionální podpora prvorodiček významně zvýšila míru výlučného kojení v časném postnatálním období (Fu et al. 2014).

Systematický přehled dat získaných z Cochranovy databáze potvrdil, že intervence pro podporu kojení napomáhaly ke snížení rizika podávání formulí až do 6 měsíců věku dítěte. Délka účinnosti této intervence se mezi jednotlivými studii lišila. Avšak jako nejúčinnější podpora výlučného kojení se napříč studii jevila podpora osobní oproti telefonické. Současně byl účinek intervencí příznivější při opakovaných návštěvách či kontrolách než při jedné návštěvě. Napříč studii se však jednalo o různou míru a druhy intervence, pomoc zdravotníků v nemocnici, kurzy, telefonickou podporu, návštěvu laktačních poradkyň či jiných odborníků v domácnostech jednorázově či pravidelně v řádu několika týdnů či měsíců (Mcfadden et al. 2017).

Ve studiích byla také hodnocena úspěšnost laické podpory okolí i profesionální pomoci při kojení. Jednoznačně vedla jakákoli pomoc k prodloužení délky kojení a autoři došli k závěru, že nejvýznamnější a nejúspěšnější formou pomoci se jeví kombinace laické i odborné podpory, díky které docházelo jak k podpoře výlučného kojení, tak i prodloužení celkové délky kojení (Dieterich et al. 2013). Rovněž pouze telefonická podpora jednou týdně významně zvýšila celkovou dobu kojení během prvních 6 měsíců po porodu (Fu et al. 2014).

3.6.4.2 Partner, rodina

Další proměnná, která významným způsobem může výslednou délku kojení ovlivnit, je partner ženy (Thulier a Mercer 2009; Dieterich et al. 2013; Robert et al. 2014). Otcové, kteří jsou o významu kojení informováni a jsou si vědomi jeho pozitivního dopadu na ženu i dítě, mohou svojí podporou pozitivně ovlivnit délku kojení (Dieterich et al. 2013; Rollins et al. 2016). V rodinách také mohou být reflektovány nevhodné postupy a zkušenosti ostatních příbuzných žen. V závislosti na informovanosti dané ženy ji tak mohou ovlivnit pozitivním i negativním způsobem (Rollins et al. 2016). Podpora od matky kojící ženy může mít na délku kojení pozitivní vliv (Dieterich et al. 2013). Pokud byla sama žena kojena, existuje větší pravděpodobnost, že bude své dítě také kojit (Di Manno et al. 2015).

3.6.4.3 Pracovní nasazení matek

Včasný návrat žen do zaměstnání či vyšší pracovní vytížení žen je studii sledován jako silný motiv pro předčasné odstavení dítěte (Guendelman et al. 2009;

Thulier a Mercer 2009; Rollins et al. 2016). Ženy, jež se dříve vracejí do zaměstnání na poloviční úvazek, se pro zachování laktace uchylují k odsávání mateřského mléka. Pokud se však žena vrací do zaměstnání na plný úvazek mimo domov, jednoznačně dochází k výraznému zkrácení délky kojení (Dieterich et al. 2013).

3.6.4.4 Reklama a postoj okolí ke kojení

Jestliže rodina, veřejnost či zdravotničtí pracovníci nejsou přesvědčeni o výhodách kojení a mají k němu negativní postoj, může být pro kojící ženu v určitých momentech kojení nepříjemné (Rollins et al. 2016). Ženy, které kojily kratší dobu, častěji souhlasily s tvrzením, že při kojení cítí stud či ostych (Susiloretni et al. 2019). V těchto situacích je snazší dítě nakrmit jiným způsobem. Krmení z lahve či podávání příkrmu ve společnosti nevzbuzuje takové rozpaky jako kojení z prsu. Nahrazování kojení jiným způsobem krmení dítěte však může vést k jeho úplnému předčasnému odstavení (Rollins et al. 2016).

Reklama a marketing firem vyrábějících náhrady mateřského mléka může významně podkopávat snahy o zlepšení stavu kojení (Rollins et al. 2016). Se záměrem ochrany a podpory kojení byl již v roce 1981 vydán soubor doporučení WHO a UNICEF s názvem Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka. Ochrana a podpora kojení dle kodexu spočívá v regulaci reklamy veškerých náhrad mateřského mléka, kojeneckých lahví, saviček, dudlíků či některých příkrmů. Tyto produkty by měly být určeny pouze ženám, které je opravdu potřebují, neboť reklama, stejně jako nepoučený zdravotnický personál, který tyto produkty doporučuje, negativně ovlivňují postoj matek i společnosti k výživě dětí a pojí se tak s nižší iniciací, výlučností i celkovou délkou kojení (Laktační Liga 2015).

3.6.5 Behaviorální a psychosociální faktory

Dalšími proměnnými, které v souvislosti s úspěšností a délkou kojení nelze opomenout, jsou behaviorální a psychosociální faktory, mezi něž lze zařadit sebedůvěru žen, postoj ke kojení a počáteční záměr očekávané délky kojení.

3.6.5.1 Sebedůvěra žen ve vlastní schopnosti kojit

Pozitivní postoj matky ke kojení má prokazatelně příznivý dopad na celkovou délku kojení. Pokud sama žena vnímá kojení jako důležité a prospěšné, je jí kojení pohodlné a neomezuje ji, existuje větší pravděpodobnost delší doby kojení než u těch žen, které mají ke kojení spíše negativní postoj (Dieterich et al. 2013; Susiloretni et al. 2019). Rovněž sebedůvěra a víra ve vlastní schopnosti kojit je pozitivně spojována s délkou kojení (Dieterich et al. 2013; Lau et al. 2018; Susiloretni et al. 2019). Ženy, které se cítily v souvislosti s kojením spokojené, často uváděly, že pro ně byla velmi důležitá podpora blízkých, pocit soběstačnosti při kojení a emoční vyrovnanost. Z toho vyplývá, že podpora kojících matek po porodu, získaná víra v sebe sama a ve skutečnost, že je matka schopná své dítě kojit sehrávají v úspěšnosti kojení významnou roli (Lau et al. 2018).

3.6.5.2 Postoj ke kojení ženy, původně zamýšlená délka kojení

Dle autorů systematického přehledu Manno et al. (2015) byl ve zkoumaných studiích nalezený statisticky významný vztah mezi zamýšlenou délkou kojení a jeho skutečným trváním. Behaviorální a psychosociální faktory, jako jsou původní záměr kojit a postoj ke kojení jsou významnými faktory ovlivňující kojení (Susiloretni et al. 2019). V indonéské prospektivní kohortové studii bylo zjištěno, že ve skupině žen, které plánovaly kojit kratší dobu než 24 měsíců, bylo riziko předčasného ukončení kojení 2,98krát vyšší než u skupiny žen, které kojení po dobu 24 měsíců považovaly za standardní a plánovaly kojit alespoň po tuto dobu (Susiloretni et al. 2019). Dieterich et al. (2013) apelují, aby byly ženy, které zamýšlejí kojit pouze krátce edukovány a byl podpořen jejich záměr kojit co nejdéle.

Podpora výlučného kojení a co nejdélejší celkové doby kojení, obdobně jako současná snaha o snižování míry podávání formulí kojencům, je velmi důležitá a žádoucí. Pro dosažení vyšší míry kojení je nutné kojení aktivně podporovat a chránit. Nejedná se totiž pouze o individuální záležitost mezi matkou a dítětem, ale o záležitost celých rodin, zdravotníků, pracovišť, komunity, medií i vlády (Rollins et al. 2016; Mydlilová 2019). Faktorů s možným vlivem na průběh, úspěšnost a délku kojení je celá řada, praktická část se zabývá vybranými z nich, které je možno pomocí zvolené metodiky charakterizovat.

4 Metodika

4.1 Sběr dat

Podkladem pro zpracování praktické části diplomové práce bylo dotazníkové šetření. V měsících listopad a prosinec roku 2020 byl proveden sběr dat pomocí anonymního dotazníku vytvořeného na online platformě pro tvorbu dotazníků Survio.com. Dotazník obsahoval 26 hlavních otázek a dalších 33 podotázek, které byly větveny tak, aby na základě různých odpovědí byly zobrazeny relevantní následující otázky.

Dotazník byl určen ženám, které si prošly jakkoli dlouhým kojením anebo ženám, které své děti vůbec nekojily. Dotazník nebyl určen ženám, které v současné době ještě kojily své první dítě. V dotazníku byly dotazovány informace ohledně posledního dokojeného dítěte, nebo nejmladšího dítěte, které z nějakého důvodu nebylo kojeno vůbec. Pokud byla žena ochotna vyplnit dotazník i pro starší dítě, byla vyzvána k vytvoření si vlastního „hesla“ sestávajícího z jakéhokoli slova a čísla. Toto „heslo“ následně vypsala v dalším dotazníku. Díky tomu bylo možné spárovat více odpovědí od jedné ženy.

Dotazník byl šířen především na sociální síti Facebook, a to sdílením ve skupinách „maminky“ v jednotlivých obcích a městech, na facebookových „bazarech pro děti“, dále na „bazarech“ jednotlivých obcí a měst, a také v samotných skupinách obcí a měst. Dotazník záměrně nebyl sdílený ve skupinách laktančních poradkyň, skupinách věnujícím se kojení či specificky zaměřených skupinách typu „domácí porody“ nebo jiné alternativní směry atd., aby nedocházelo ke zkreslení výsledků. Dotazník byl také šířen sdílením na sociální síti Instagram, a na diskusním fóru emimino.cz.

Před zahájením dotazníkového šetření byla pomocí pilotní studie ověřena správnost a srozumitelnost jednotlivých otázek. Pilotáže se zúčastnilo 29 žen z Prahy, Libereckého, Jihočeského, Olomouckého a Moravskoslezského kraje ve věku 22–54 let. Po jejím provedení došlo k úpravě formulace některých otázek.

Dotazník je uveden v kapitole Samostatné přílohy jako Příloha 1.

4.2 Popis souboru

Pomocí dotazníkového šetření bylo nasbíráno celkem 4744 odpovědí od 4058 žen ve věku 17 až 63 let. 650 žen dotazník vyplnilo opakovaně (pro 2–4 děti). 281 žen bylo ze souboru vyřazeno, protože v současné době stále kojily, neuvedly reálný rok narození dítěte nebo svůj věk.

Pro sběr dat nebyly omezovány roky, ve kterých probíhalo kojení a dotazník tak mohly vyplnit ženy, které své dítě kojily v jakémkoli roce. V průběhu sběru dat však probíhalo sledování množství odpovědí od žen, které kojily své dítě mezi lety 2008–2020 a současně po celou dobu těhotenství a kojení žily v jednom kraji České republiky. V rámci tohoto monitoringu byla snaha o dosažení poměrově adekvátního množství žen z jednotlivých krajů České republiky. Dle dostupných informací z Českého statistického úřadu (Český statistický úřad 2020) bylo zjištěno průměrné množství žen v jednotlivých krajích České republiky mezi lety 2008–2020. Podle procentuálního zastoupení žen v krajích pak byla snaha docílit podobného procenta odpovědí v daných krajích. V Tabulce 2 je uvedeno celkové množství

získaných odpovědí v jednotlivých krajích, počet odpovědí v jednotlivých krajích mezi lety 2008–2020 a procentuální zastoupení získaných odpovědí (resp. procentuální zastoupení žen) v jednotlivých krajích. Tyto informace jsou doplněny o průměrné množství žen v jednotlivých krajích mezi lety 2008–2020 a jejich procentuální zastoupení v rámci jednotlivých krajů České republiky.

Tabulka 2 Získaná data, procentuální zastoupení v krajích České republiky

Kraj	Celkový počet získaných odpovědí	Počet odpovědí mezi lety 2008–2020	Podíl žen (odpovědí) 2008–2020 [%]	Průměrné množství žen 2008–2020	Průměrný podíl žen 2008–2020 [%]
Praha	730	544	16,5	648479	12,5
Středočeský	591	452	13,7	658377	12,9
Jihočeský	325	243	7,4	323315	6
Plzeňský	149	114	3,5	290446	5,5
Karlovarský	96	66	2	152570	2,7
Ústecký	210	162	4,9	417528	7,6
Liberecký	174	132	4	223711	4,2
Královehradecký	220	176	5,3	280925	5,2
Pardubický	194	148	4,5	261471	4,9
Vysočina	220	174	5,3	257458	4,7
Jihomoravský	460	326	9,9	597008	11,2
Olomoucký	406	287	8,7	325546	5,9
Zlínský	204	161	4,9	299756	5,5
Moravskoslezský	438	319	9,7	624359	11,3

4.3 Zpracování dat

Získané odpovědi byly zpracovávány v tabulkovém softwaru Microsoft Excel 2010. Pro statistické vyhodnocení kapitol 5.2.1–5.2.2 byla použita jednofaktorová analýza ANOVA, v kapitolách 5.2.3–5.2.7 byla statisticky testována shoda dvou středních hodnot pro dostatečně velké nezávislé výběry, kapitoly 5.4.1–5.4.3 byly zpracovány prostřednictvím explorační analýzy závislosti a relativního rizika. Otázky a odpovědi z dotazníku jsou zpracovány do Tabulek 3–12 a Grafů 1–45 v následující kapitole.

5 Výsledky

Při zpracování hypotéz bylo pracováno se souborem 3423 odpovědí, které splňovaly následující podmínky:

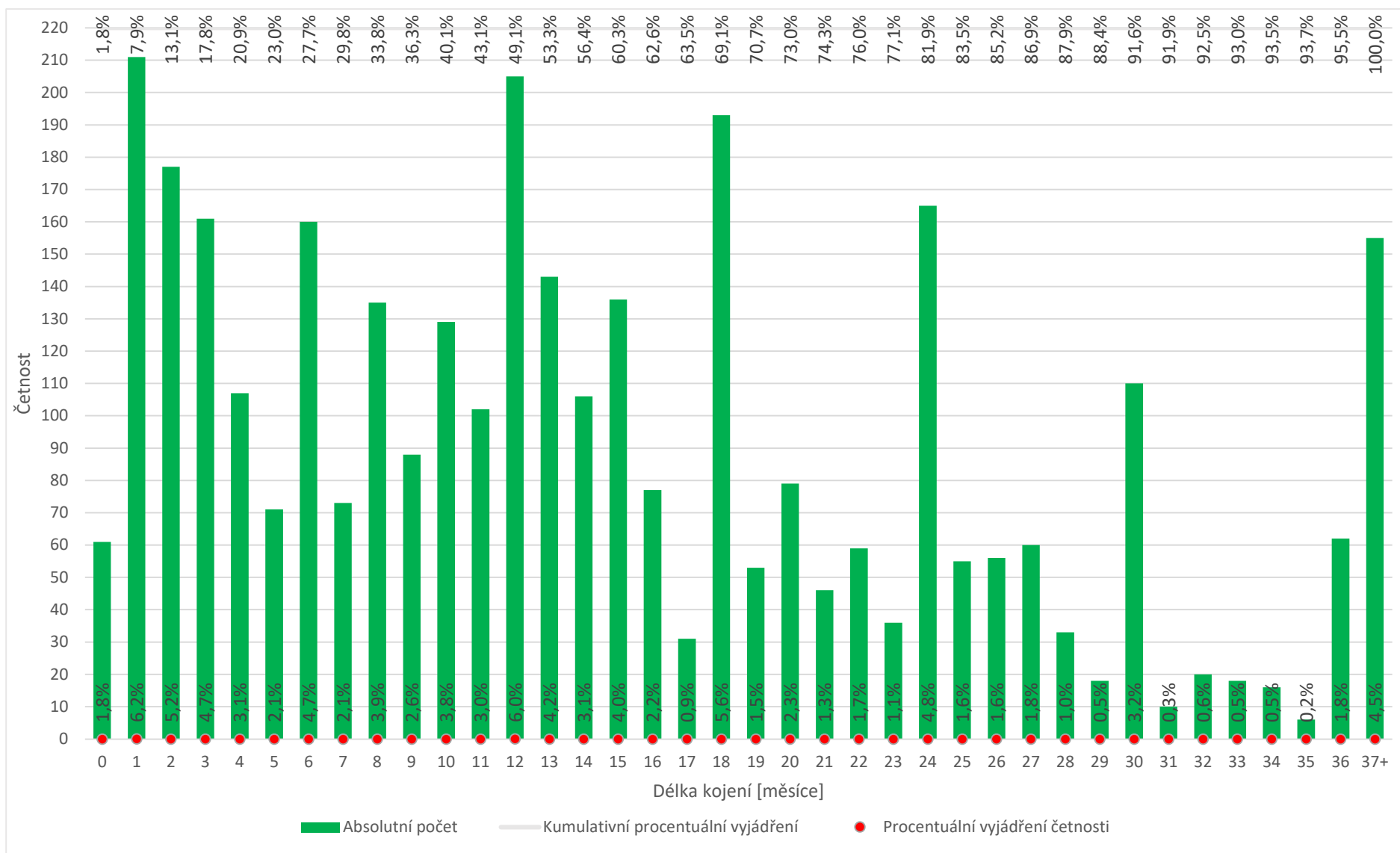
- jednalo se o nejmladší dokojené dítě ženy,
- dítě bylo narozeno mezi lety 2008–2020,
- dítě pocházelo z jednočetného těhotenství,
- žena žila po celou dobu těhotenství a kojení v jednom kraji České republiky.

5.1 Délka kojení

První hypotézou bylo, že „Průměrná délka kojení v České republice je kratší než doporučuje Světová zdravotnická organizace. Méně než 50 % matek v České republice kojí s dokrmem po dobu 6 měsíců. Méně než 15 % matek výlučně kojí po dobu 6 měsíců.“. Tato hypotéza byla rozdělena na dvě následující subhypotézy.

Na základě odpovědí na otázku 25 (plné znění otázek viz Příloha I), byly sečteny všechny ženy, které své dítě kojily či svému dítěti podávaly mateřské mléko výlučně nebo s dokrmem po dobu 6 měsíců či déle. Tento počet žen byl procentuálně vyjádřen ve vztahu k celkovému počtu žen v souboru.

V Grafu 1 je znázorněno, jak dlouho kojily ženy ve sledovaném souboru. Je patrné, že téměř 2 % žen své dítě nekojila vůbec, téměř polovina žen kojila své dítě v celkové délce mezi 1 až 12 měsíci a pouze necelých 23 % žen kojilo v souladu s doporučeními WHO po dobu 24 měsíců nebo déle. V Grafu 1 je kromě absolutních četností zobrazeno i jejich procentuální vyjádření. Pro snadnější čtení z Grafu je na vodorovné ose v záhlaví Grafu vyobrazeno i kumulativní procentuální vyjádření těchto četností (tj. vzestupně narůstající součet všech předchozích procentuálních vyjádření četností).



Graf 1 Celková délka kojení v České republice a její procentuální vyjádření

V Tabulce 3 je uveden celkový počet žen v souboru, dále počet žen, které kojily nebo svému dítěti podávaly mateřské mléko po dobu 6 měsíců či déle bez ohledu na podávání formulí a příkrmu a jejich procentuální zastoupení.

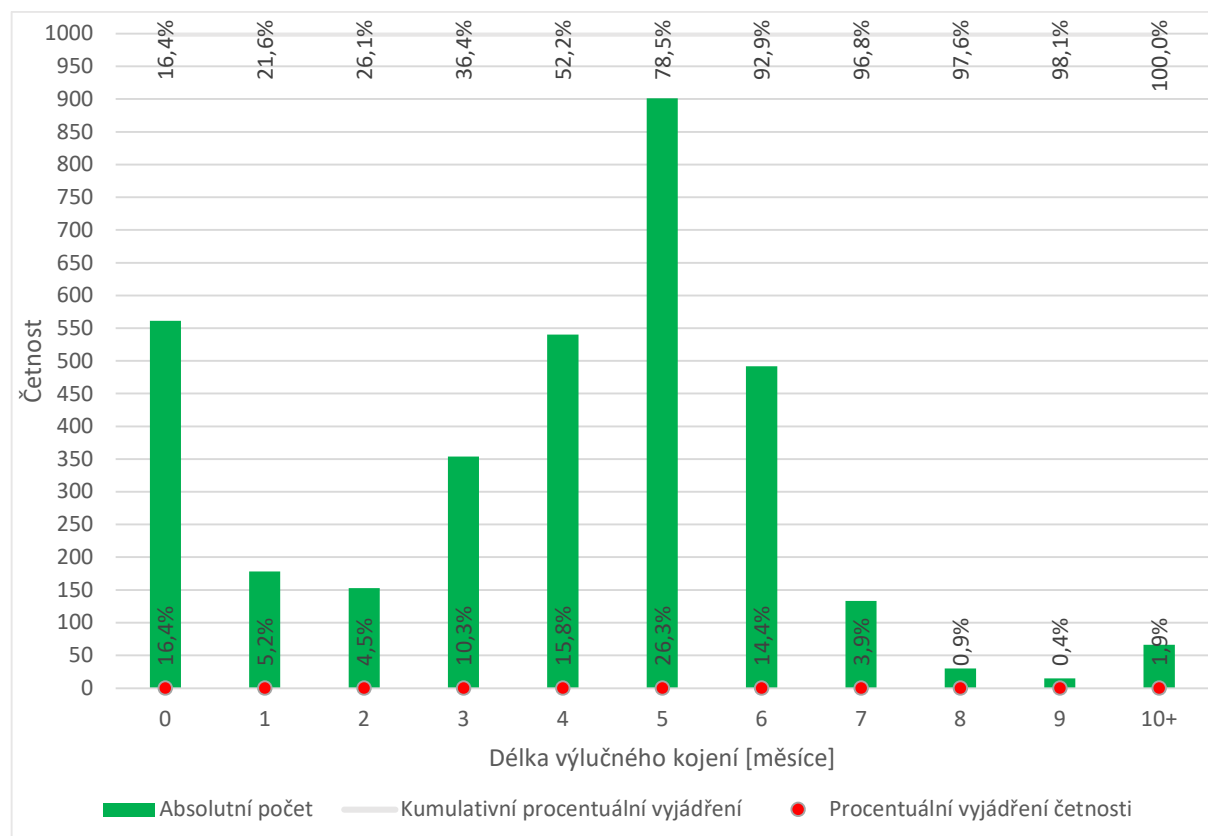
Tabulka 3 Množství žen v České republice výlučně kojících nebo kojících s dokrmem a příkrmem minimálně 6 měsíců

Všechny ženy spadající do souboru	3423
Ženy, které kojily či podávaly mateřské mléko 6 měsíců či déle	2629
Ženy, které kojily či podávaly mateřské mléko 6 měsíců či déle	76,8 %

Hypotéza byla zamítnuta. Více než 50 % matek v České republice kojilo či svému dítěti podávalo mateřské mléko po dobu 6 měsíců či déle, bez ohledu na možnost současného podávání formulí či příkrmu.

Dále byly na základě odpovědí na otázky 28, 29 a 31 sečteny všechny ženy, které své dítě výlučně kojily či svému dítěti podávaly výhradně mateřské mléko po dobu 6 měsíců či déle. Tento počet žen byl procentuálně vyjádřen ve vztahu k celkovému počtu žen v souboru.

Pro grafické znázornění byl výchozí soubor žen rozdělen na jednotlivé měsíce dle doby výlučného kojení. Délku výlučného kojení v České republice znázorňuje Graf 2, ze kterého je patrné, že přes 16 % žen již od počátku nekojilo výlučně. V ukončeném 5. měsíci začínala podávat příkrmy více než čtvrtina žen a téměř 2 % žen zahajovala podávání příkrmu později než v 9. měsíci věku dítěte.



Graf 2 Délka výlučného kojení v České republice a její procentuální vyjádření

Celkový počet žen v souboru, dále součet žen, které kojily výlučně nebo svému dítěti podávaly výhradně mateřské mléko po dobu 6 měsíců či déle a jejich procentuální zastoupení je uvedeno v Tabulce 4.

Tabulka 4 Množství žen výhradně kojících minimálně 6 měsíců

Všechny ženy spadající do souboru	3423
Ženy, které výlučně kojily či podávaly výhradně mateřské mléko 6 měsíců či déle	716
Ženy, které výlučně kojily či podávaly výhradně mateřské mléko 6 měsíců či déle	20,9 %

Hypotéza byla zamítnuta. Více než 15 % matek v České republice výlučně kojilo nebo svému dítěti podávalo výhradně mateřské mléko po dobu 6 měsíců či déle.

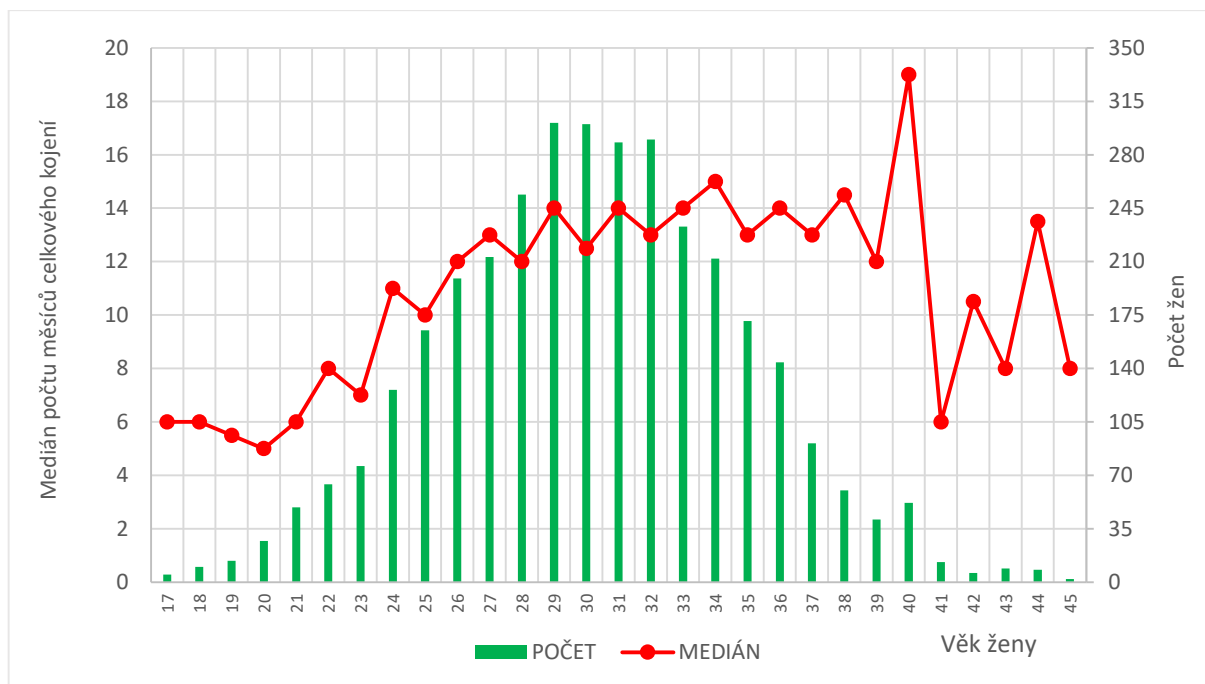
5.2 Faktory ovlivňující délku kojení

Další hypotéza „Výslednou délku kojení negativně ovlivňuje nižší věk i nižší vzdělání matky, nedostatek informací o významu kojení, absence odborné pomoci při zahajování kojení a obtížích při kojení, kouření matky a předchozí negativní zkušenost matky s kojením.“ byla rozdělena na 7 jednotlivých subhypotéz. Každé z nich je věnována samostatná podkapitola.

5.2.1 Věk matky

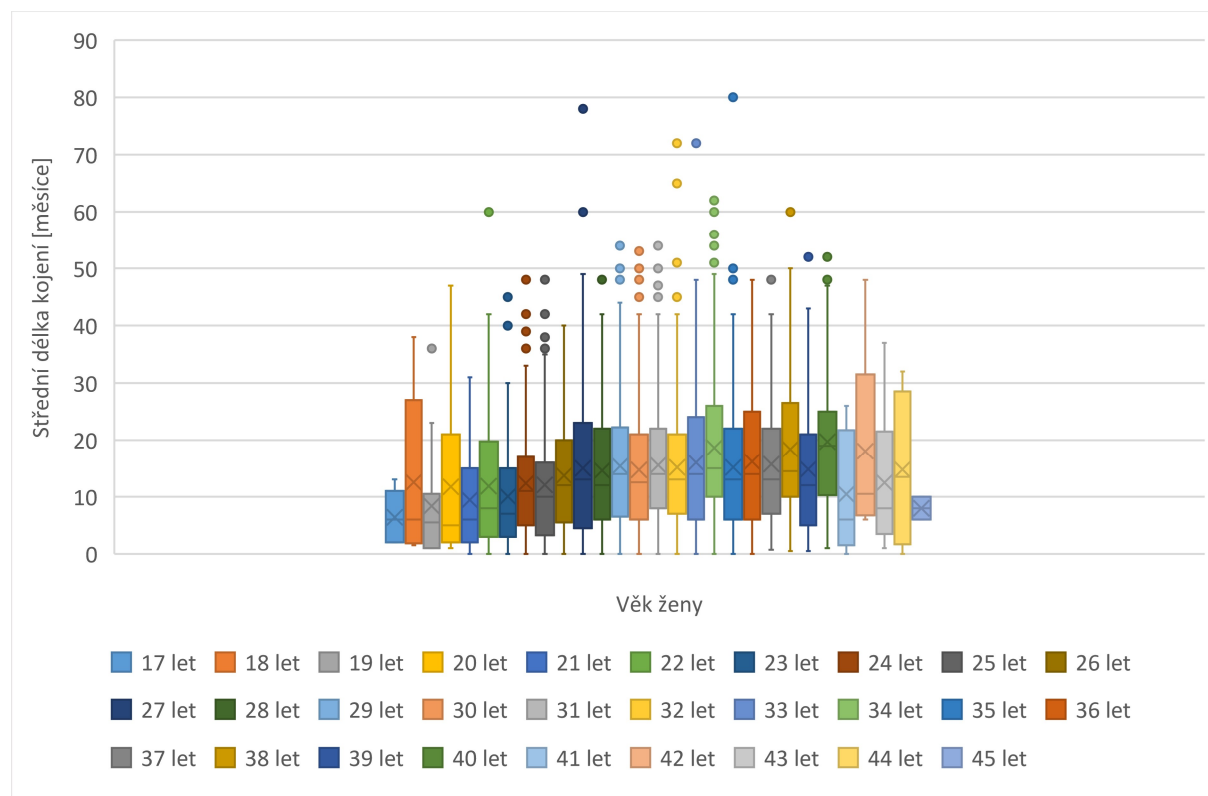
Na základě odpovědí na otázky č. 7 a 58 byl dle roku narození dítěte a aktuálního věku ženy dopočítán věk matky v roce narození dítěte. (Odchylka věku je ± 1 rok). Soubor byl rozdělen na kategorie dle věku žen v roce narození dítěte a byla sledována střední délka kojení (tj. medián délky kojení) v jednotlivých věkových kategoriích.

Graf 3 zobrazuje střední délku kojení v jednotlivých věkových kategoriích, zároveň také zahrnuje počty žen v těchto věkových souborech. Ve věkových skupinách s vyšším počtem žen lze z Grafu pozorovat rostoucí trend zvyšující se délky kojení společně s narůstajícím věkem žen.



Graf 3 Vliv věku ženy na celkovou délku kojení

Krabicový Graf 4 rovněž zobrazuje délku kojení v jednotlivých věkových kategoriích. Z tohoto Grafu lze pozorovat poměrně vysoké množství odlehklých hodnot výsledné délky kojení, které dosahovaly u žen ve věkovém rozmezí 27–35 let až k 80 měsícům.



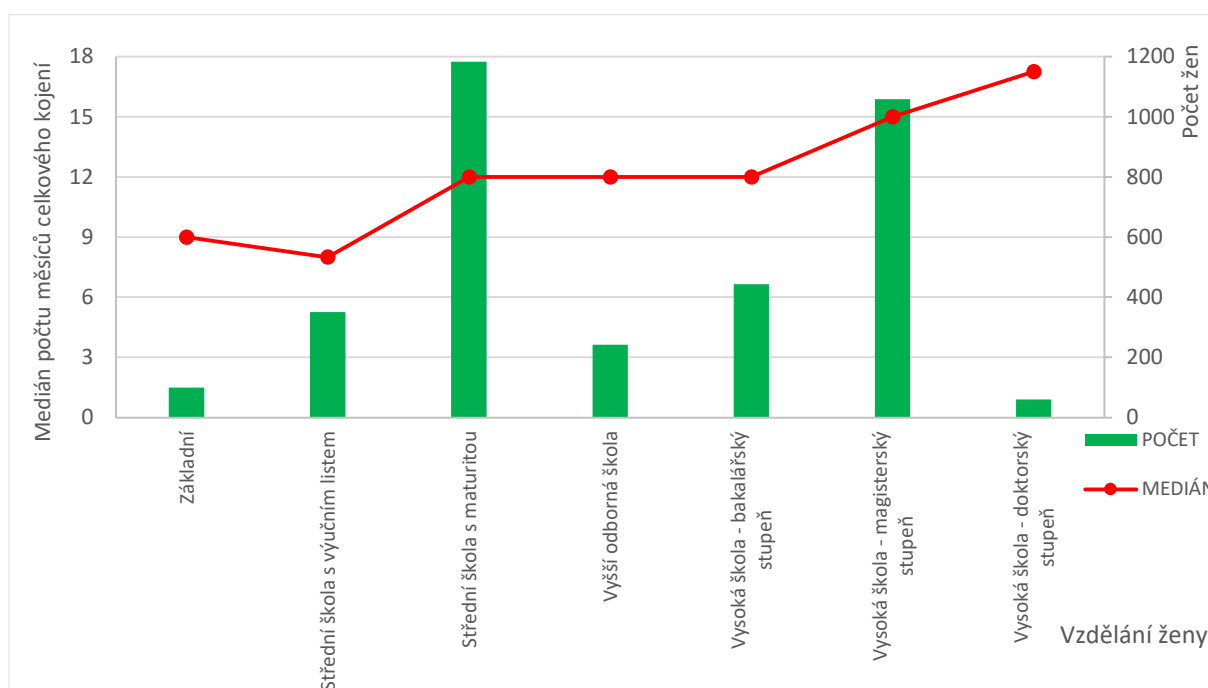
Graf 4 Délka kojení v závislosti na stáří ženy

Na základě statistického vyhodnocení pomocí jednofaktorové analýzy ANOVA na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že věk ženy měl významný vliv na výslednou délku kojení. Na základě výše uvedených Grafů lze tvrdit, že s rostoucím věkem matky se zvyšovala délka kojení dítěte.

5.2.2 Vzdělání matky

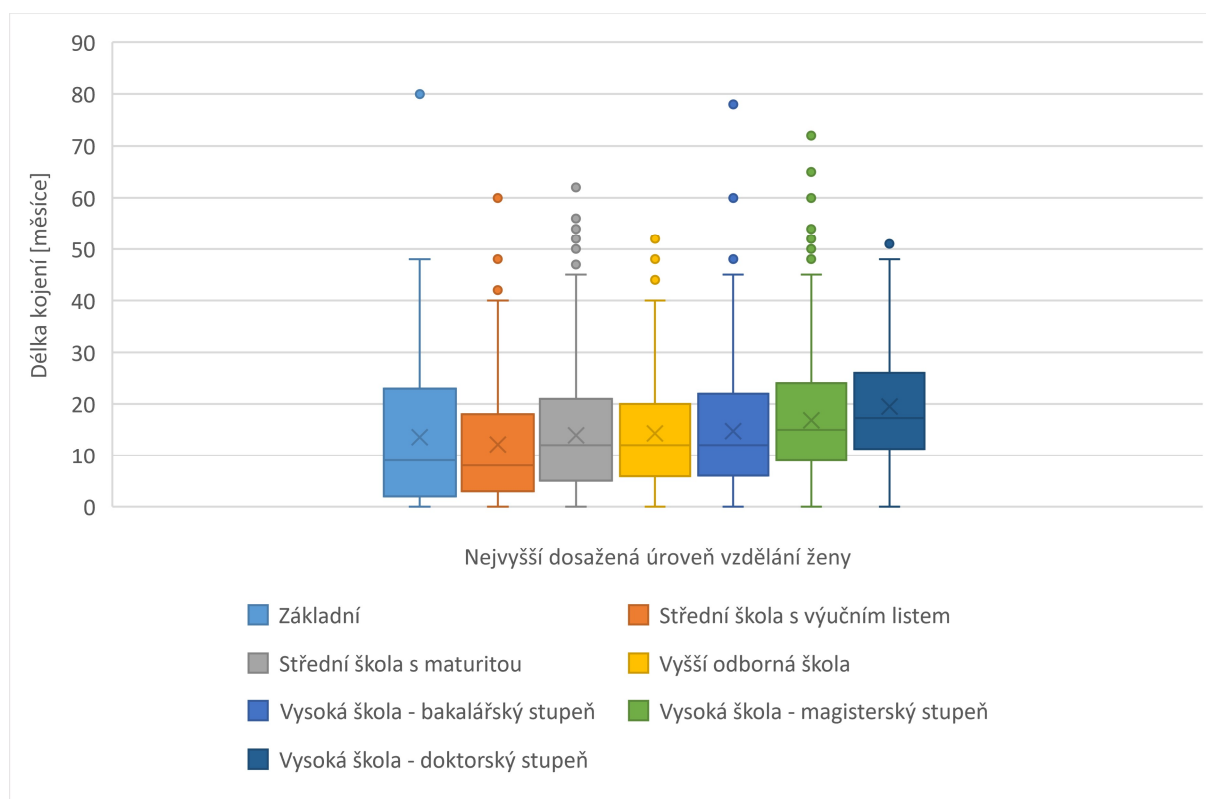
Na základě odpovědí na otázku 50 byl soubor rozdělen na kategorie dle výše dokončeného vzdělání v době kojení dítěte a byla sledována střední délka kojení podle vzdělání matky.

Graf 5 zobrazuje střední délku kojení v rámci nejvyššího dosaženého vzdělání ženy. Zároveň také zahrnuje počty žen v těchto jednotlivých stupních vzdělání. Z grafu lze vyčíst, že u žen se základním vzděláním či u těch, které absolvovaly střední školy s výučním listem byla délka kojení nejkratší. Co se týče střední školy s maturitou, vyšší odborné školy či bakalářského stupně vyšší školy, v těchto kategoriích stupně vzdělání ženy kojily stejně dlouhou dobu. Nejdéle pak kojily ženy s magisterským či doktorským stupněm vysoké školy.



Graf 5 Vliv vzdělání na celkovou délku kojení

Krabicový Graf 6 dokresluje informace o délce kojení v rámci jednotlivých stupňů vzdělání. Z Grafu lze vypořadovat, že ačkoli ženy z kategorie základní vzdělání společně s ženami se střední školou s výučním listem kojily nejkratší dobu, nejdéle kojící žena (80 měsíců) z celého souboru měla základní vzdělání.



Graf 6 Délka kojení v závislosti na vzdělání ženy

Na základě statistického vyhodnocení pomocí jednofaktorové analýzy ANOVA na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že vzdělání ženy má vliv na výslednou délku kojení. Na základě výše uvedených Grafů lze tvrdit, že ženy s magisterským a doktorským titulem kojily nejdéle, naopak ženy se základním vzděláním či ženy se střední školou s výučním listem kojily nejkratší dobu.

5.2.3 Informovanost matky

Podle odpovědí na otázku 56, zda žena zná doporučenou délku kojení, byl soubor rozdělen na dvě kategorie žen. Ženy, které znaly doporučenou délku kojení a uvedly, že je 2 roky (případně déle) a ženy, které doporučenou délku kojení neznaly. Tyto dvě kategorie byly hodnoceny ve vztahu ke střední délce kojení.

Tabulka 5 obsahuje informace o délce kojení v souboru informovaných a neinformovaných žen. Současně jsou v ní uvedeny i počty žen v těchto dvou souborech. Z Tabulky vyplývá, že informované ženy kojily jednoznačně déle než ženy neinformované.

Tabulka 5 Medián délky kojení v závislosti na informovanosti žen

	Informované matky	Neinformované matky
Medián délky kojení	18,0	12,0
Počet žen v souboru	1255	2168

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že informované ženy kojily významně delší dobu než ženy neinformované.

5.2.4 Odborná pomoc při zahajování kojení

Podle odpovědí na otázku 17, zda ženám byla poskytnuta odborná pomoc při zahajování kojení, byl soubor rozdělen na dvě kategorie žen (ženy kterým byla/nebyla poskytnuta odborná pomoc), které byly hodnoceny ve vztahu ke střední délce kojení. Třetí kategorií, která byla ze souboru vyřazena, byla kategorie žen, které odbornou pomoc nevyžadovaly.

Tabulka 6 zobrazuje medián délky kojení v souboru žen, kterým byla/nebyla poskytnuta odborná pomoc při zahajování kojení. Z těchto dat vyplývá, že obě skupiny žen kojily stejně dlouhou dobu bez ohledu na poskytnutí odborné pomoci.

Tabulka 6 Medián délky kojení v závislosti na přítomnosti odborné pomoci při zahajování kojení

	S odbornou pomocí	Bez odborné pomoci
Medián délky kojení	12,0	12,0
Počet žen v souboru	2277	774

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že dostupnost odborné pomoci při zahajování kojení neměla významný vliv na výslednou délku kojení dítěte.

5.2.5 Odborná pomoc při obtížích při kojení

Pro tuto hypotézu bylo pracováno s odpověďmi od žen, které uvedly, že vůbec nekojily nebo se v průběhu kojení vyskytly obtíže při kojení. Na základě odpovědí na otázky 36, 37, 43 a 44, zda ženám byla poskytnuta odborná pomoc v případě obtíží při kojení, byl soubor rozdělen na dvě kategorie (ženy kterým byla/nebyla poskytnutá pomoc). Tyto dva soubory žen byly hodnoceny ve vztahu ke střední délce kojení. Třetí kategorií, která byla ze souboru vyřazena, jsou ženy, které nevyhledaly odbornou pomoc, protože již věděly, jakým způsobem problém řešit, měly předchozí zkušenost.

V Tabulce 7 je uveden medián délky kojení v souboru žen, kterým byla/nebyla poskytnuta odborná pomoc v případě obtíží při kojení. Z těchto dat lze vyzorovat, že ženy, které odbornou pomoc při potížích vyhledaly, kojily o 2 měsíce déle než ženy, které odbornou pomoc nevyhledaly.

Tabulka 7 Medián délky kojení v závislosti na přítomnosti odborné pomoci v případě obtíží při kojení

	S odbornou pomocí	Bez odborné pomoci
Medián délky kojení	10,0	8,0
Počet žen v souboru	1108	649

Ačkoli medián délky kojení byl o dva měsíce delší u žen, které odbornou pomoc při problémech s kojením vyhledaly, na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že odborná pomoc v případě obtíží při kojení neměla významný vliv na výslednou délku kojení dítěte.

5.2.6 Kouření matky

Podle odpovědí na otázku 47 byl soubor žen rozdělen na dvě kategorie. Ženy kuřačky a ženy nekuřačky. Tyto dva soubory byly hodnoceny ve vztahu ke střední délce kojení.

V Tabulce 8 jsou uvedeny mediány délky kojení v souboru žen kuřaček a nekuřaček. Z dat v Tabulce vyplývá, že nekuřačky kojily déle než ženy, které kouřily.

Tabulka 8 Medián délky kojení v závislosti na kouření matky

	Nekuřačky	Kuřačky
Medián délky kojení	14,0	10,0
Počet žen v souboru	2414	1009

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že kouření zkracovalo výslednou délku kojení.

5.2.7 Předchozí negativní zkušenost matky s kojením

Pro tuto hypotézu bylo pracováno s odpověďmi od matek, které již dříve kojily. Na základě odpovědí na otázky 30 a 46 byl soubor žen rozdělen na dvě kategorie. Ženy s předchozí negativní zkušeností s kojením a ženy bez předchozí negativní zkušenosti. Tyto kategorie byly hodnoceny ve vztahu ke střední délce kojení.

Tabulka 9 znázorňuje medián délky kojení v souboru žen s/bez předchozí negativní zkušenosti. Z těchto dat vyplývá, že ženy, které měly negativní zkušenost s kojením kojily výrazně kratší dobu než ženy, které negativní zkušenost s kojením nevedly.

Tabulka 9 Medián délky kojení v závislosti na předchozí negativní zkušenosti matky s kojením

	S negativní zkušeností	Bez negativní zkušenosti
Medián délky kojení	1,0	15,0
Počet žen v souboru	39	2079

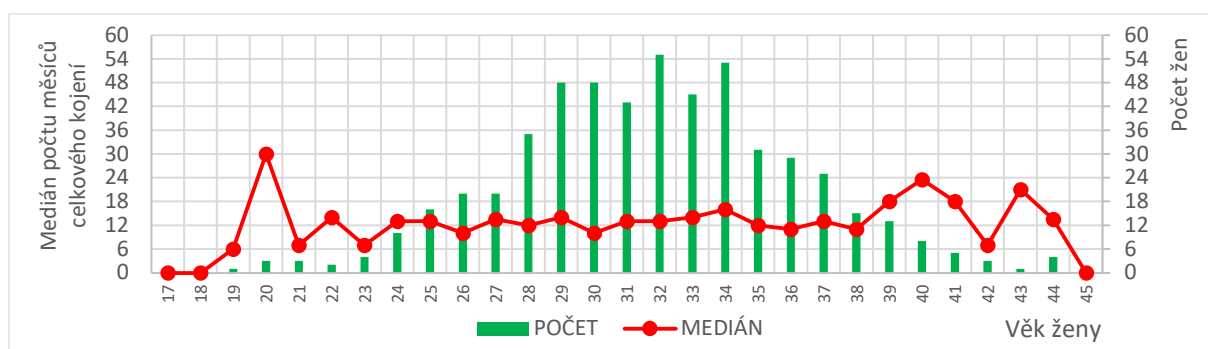
Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že matky s předchozí negativní zkušeností kojily kratší dobu než matky bez předchozí negativní zkušenosti.

5.3 Faktory ovlivňující délku kojení v krajích České republiky

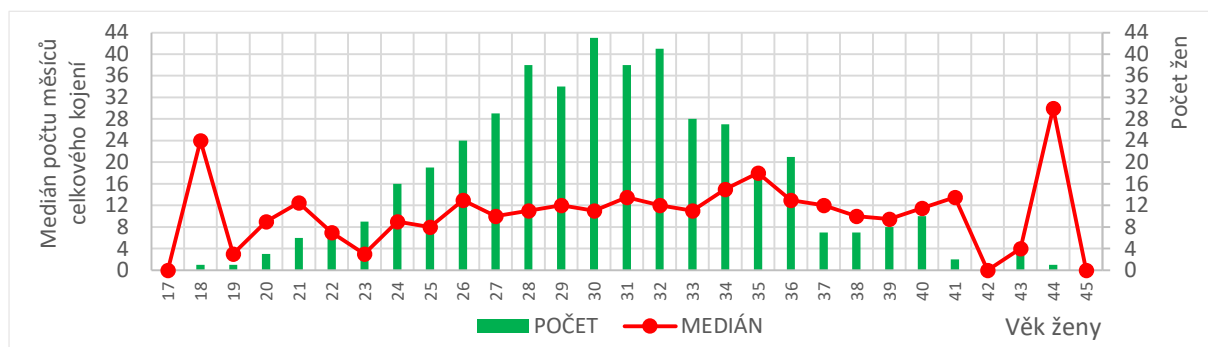
Dle odpovědi na otázku 48, ve kterém kraji žena žila v období těhotenství a kojení, bylo sledováno, jakou mírou se jednotlivé faktory z předchozí kapitoly promítají do výsledné délky kojení napříč všemi kraji České republiky.

5.3.1 Věk matky

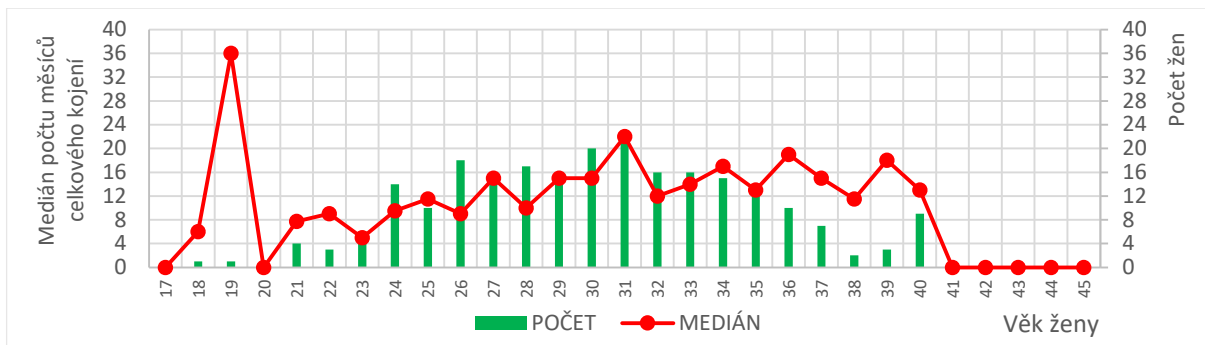
Prvním ze sledovaných faktorů byl věk ženy. Jednotlivé Grafy 7–20 zobrazují medián délky kojení v závislosti na věku žen v každém z krajů České republiky. Pro přehlednost je do Grafů zanesen i počet žen v daných věkových kategoriích. V některých z krajů lze pozorovat mírně narůstající délku kojení společně se zvyšujícím se věkem ženy, jednoznačný trend však v žádném z krajů zřejmý není. Lze však vypožorovat, že medián délky kojení nejvíce kolísá ve věkových kategoriích, které čítaly nízký počet respondentek.



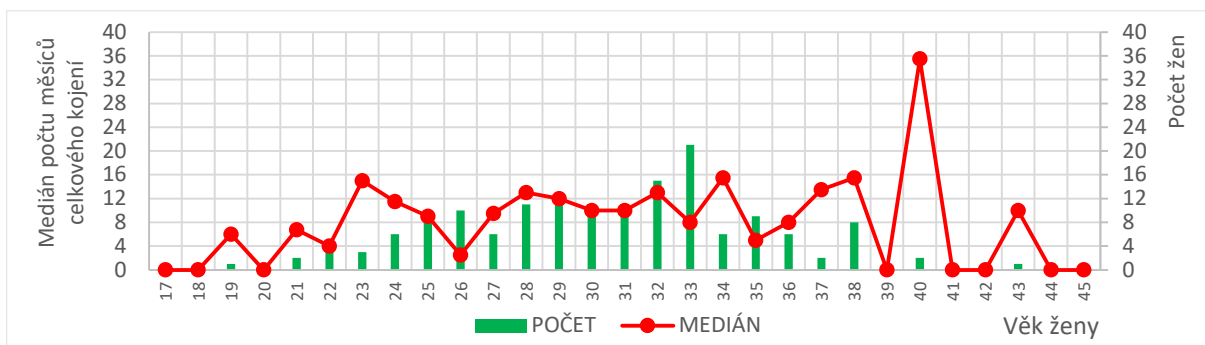
Graf 7 Kraj Praha - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



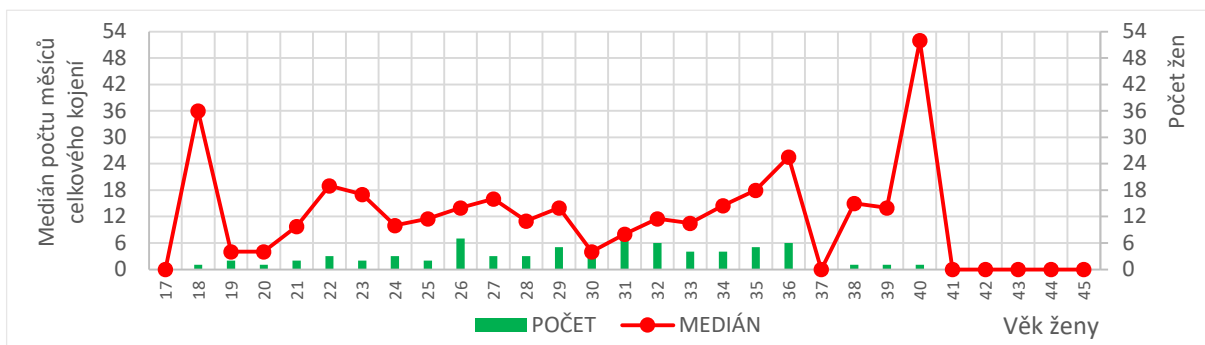
Graf 8 Kraj Středočeský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



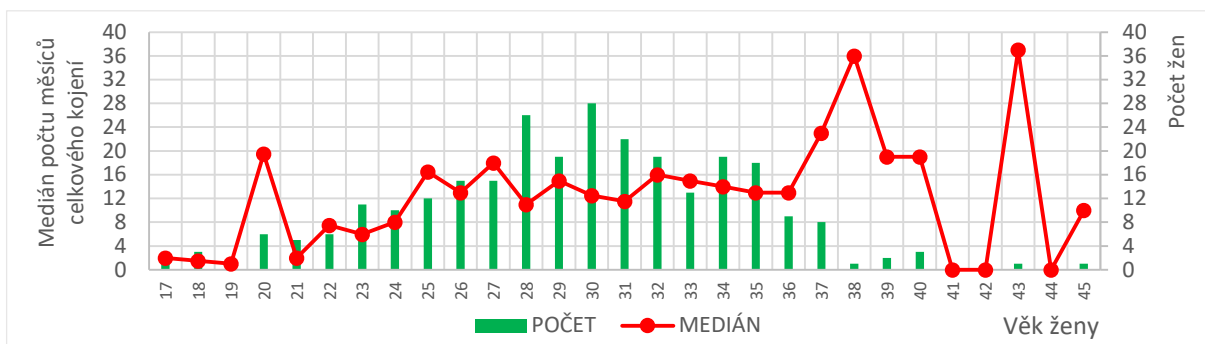
Graf 9 Kraj Jihočeský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



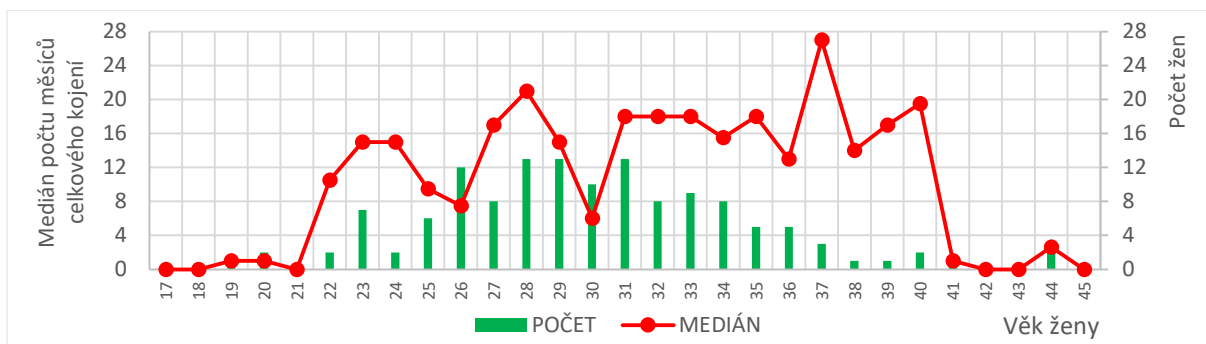
Graf 10 Kraj Plzeňský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



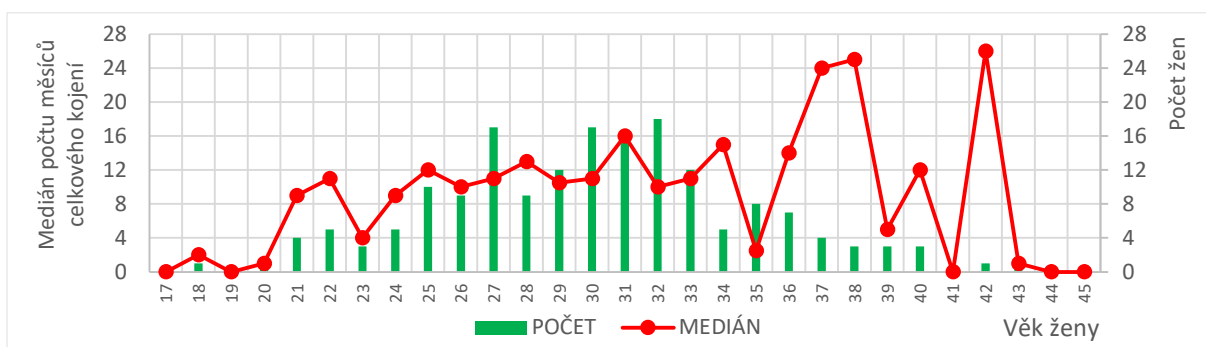
Graf 11 Kraj Karlovarský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



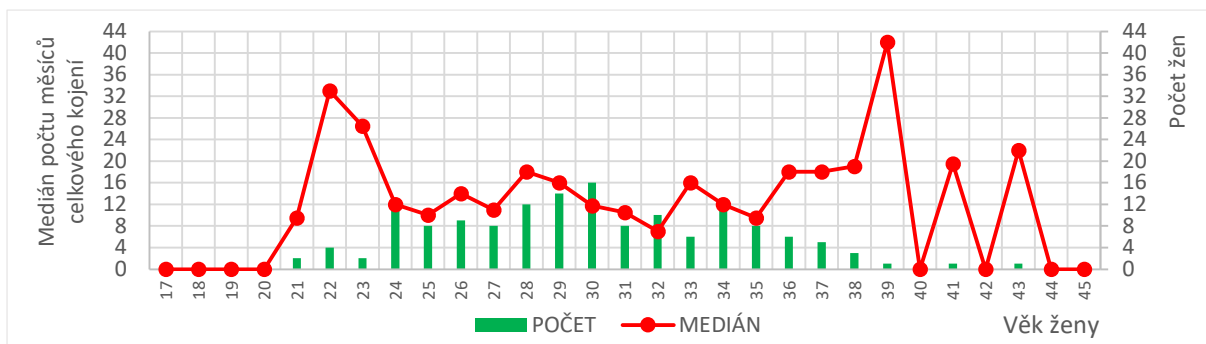
Graf 12 Kraj Ústecký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



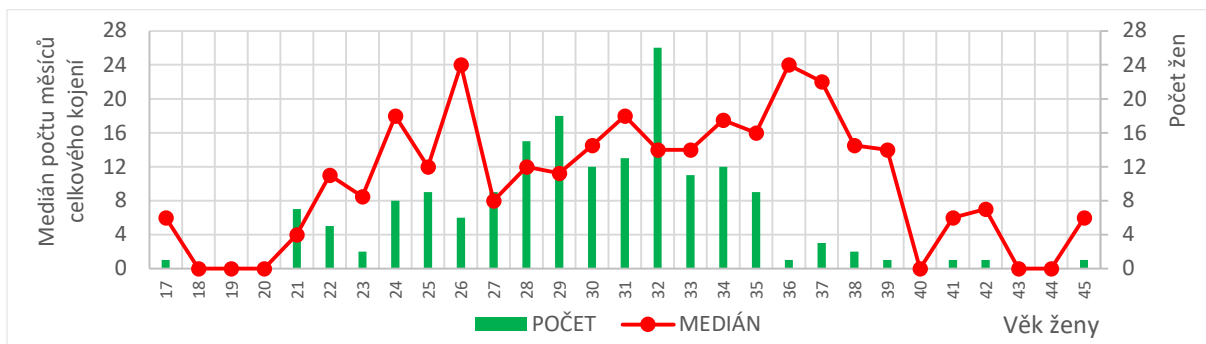
Graf 13 Kraj Liberecký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



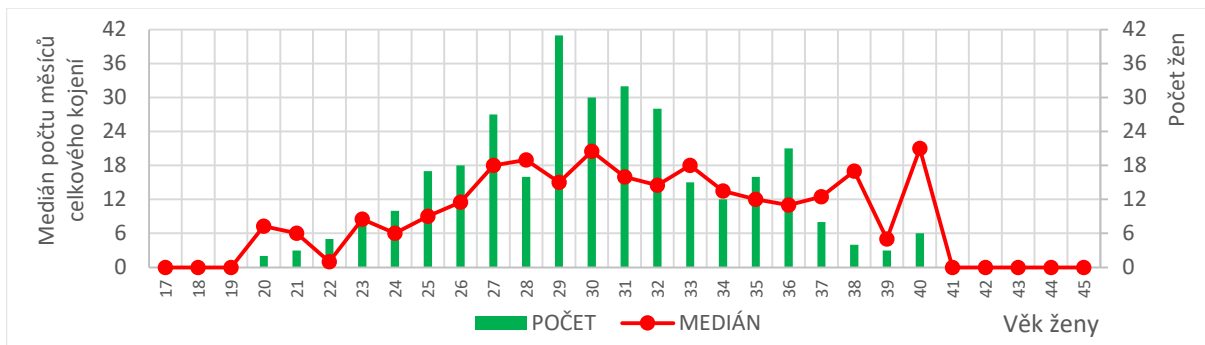
Graf 14: Kraj Královéhradecký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



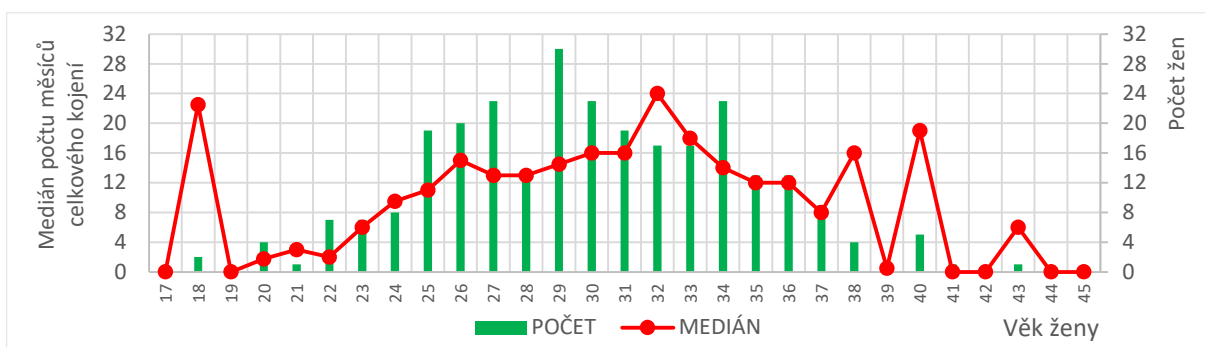
Graf 15 Kraj Pardubický - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



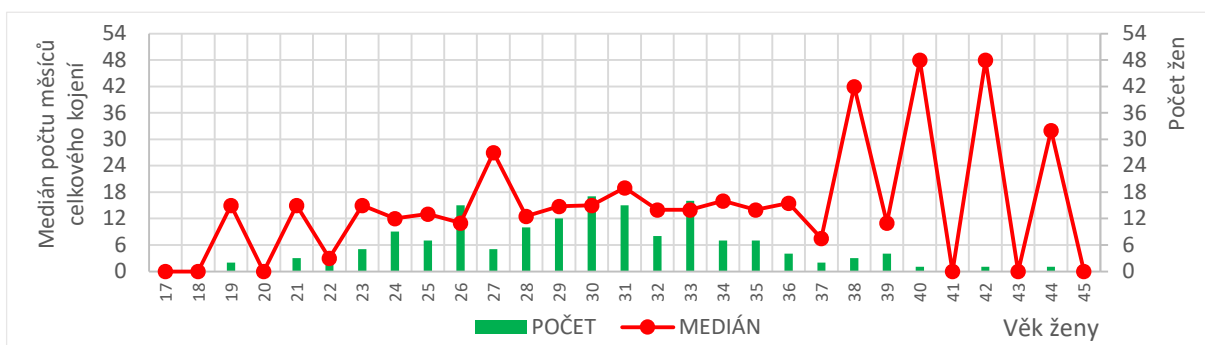
Graf 16 Kraj Vysočina - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



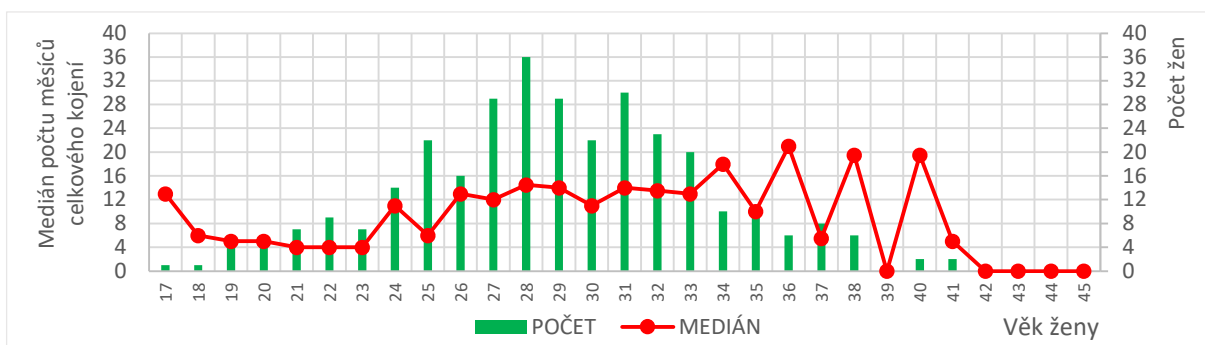
Graf 17 Kraj Jihomoravský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



Graf 18 Kraj Olomoucký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen



Graf 19 Kraj Zlínský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen

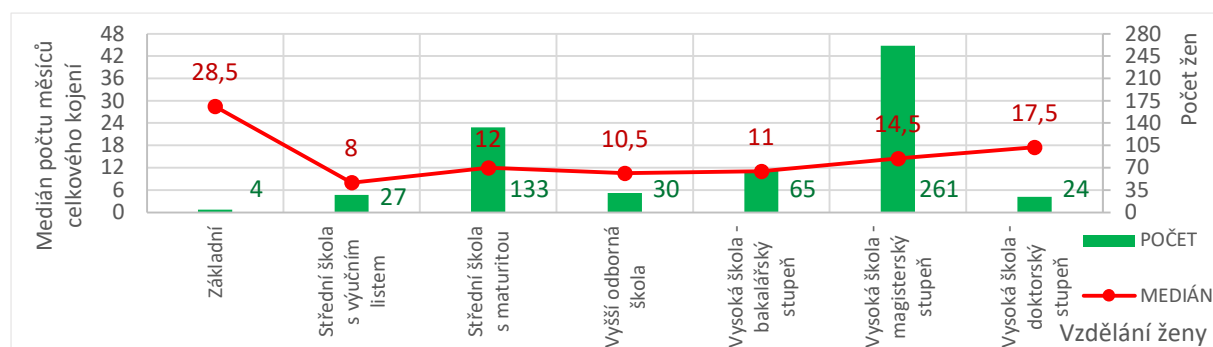


Graf 20 Kraj Moravskoslezský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na věku žen

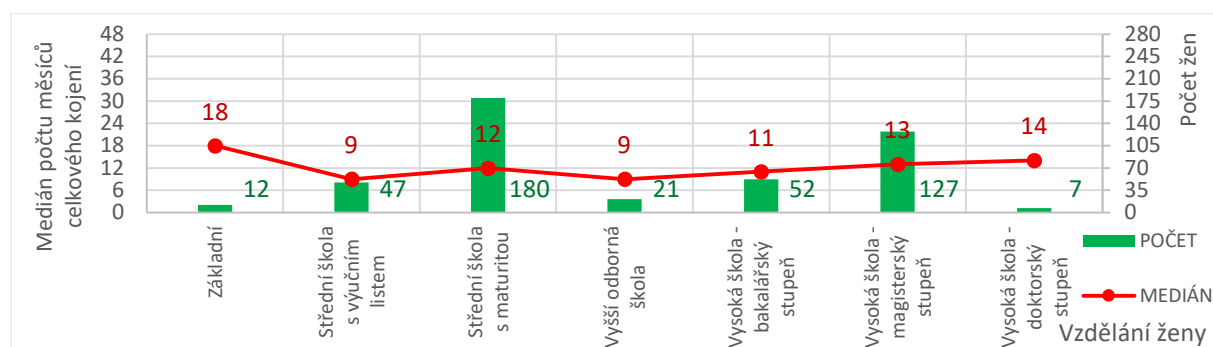
Na základě statistického vyhodnocení pomocí jednofaktorové analýzy ANOVA na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že v Pardubickém kraji měl věk ženy vliv na výslednou délku kojení. Bylo zjištěno, že významně déle kojily v tomto kraji ženy ve věkové kategorii 22 let, konkrétně se jednalo o 4 respondentky. V ostatních krajích ČR se významný vliv faktoru věku ženy na délku kojení nepotvrdil.

5.3.2 Vzdělání matky

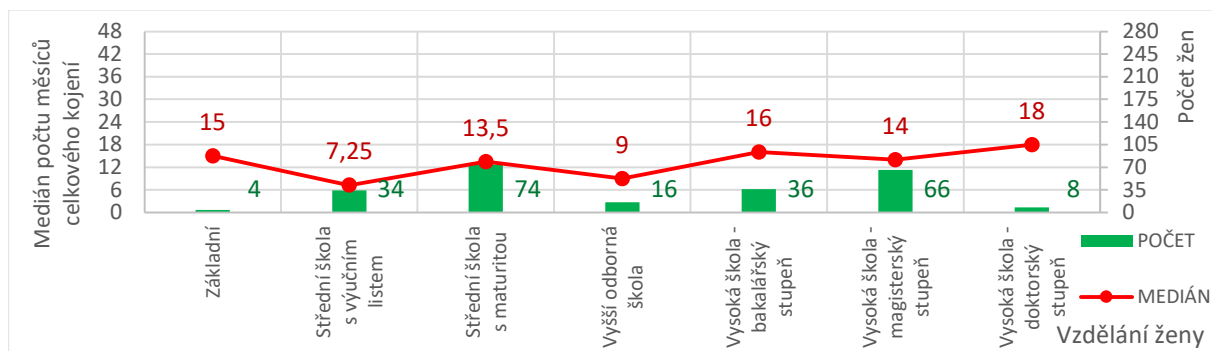
Dalším ze sledovaných faktorů bylo vzdělání žen. Grafy 21–34 zobrazují medián délky kojení v závislosti na úrovni nejvyššího dosaženého vzdělání žen v každém z krajů České republiky. Z Grafů je patrné, že v jednotlivých krajích České republiky se vliv úrovně vzdělání matky mezi jednotlivými kraji ČR lišil. Při sledování mediánů v Grafech lze vypožorovat, že v některých krajích korelovala nižší úroveň vzdělání žen s delší dobou kojení. Rovněž je z těchto Grafů zřejmé, že podobně jako v případě doktorského stupně vzdělání, bylo v kategorii základního vzdělání výrazně méně respondentek



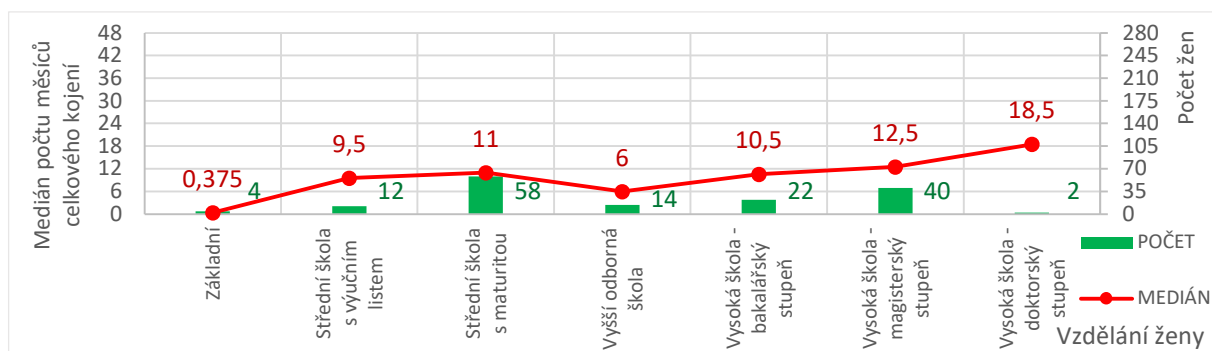
Graf 21 Kraj Praha - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



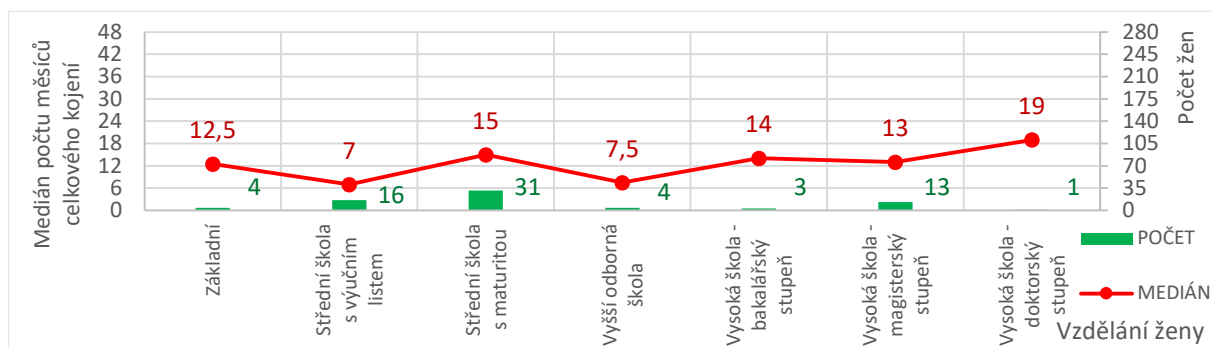
Graf 22 Kraj Středočeský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



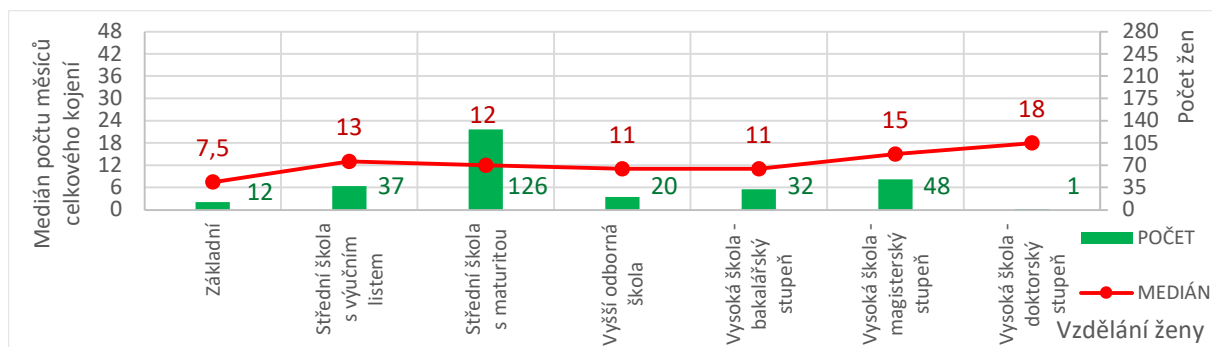
Graf 23 Kraj Jihočeský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



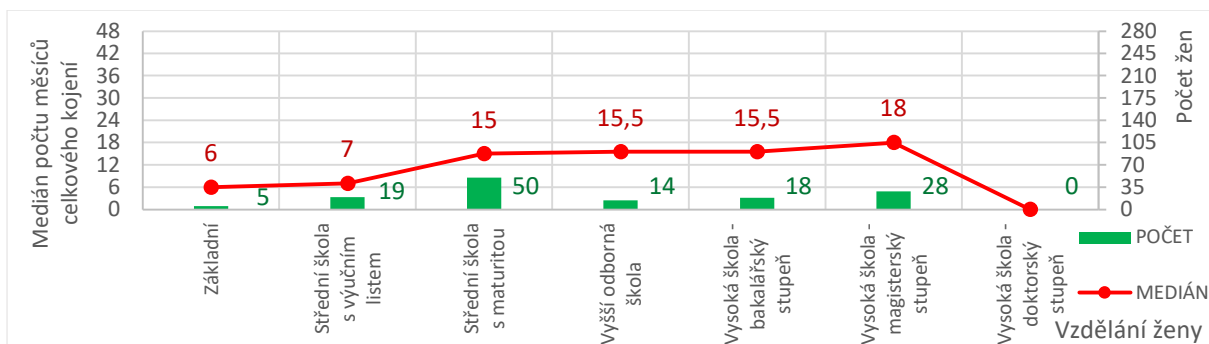
Graf 24 Kraj Plzeňský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



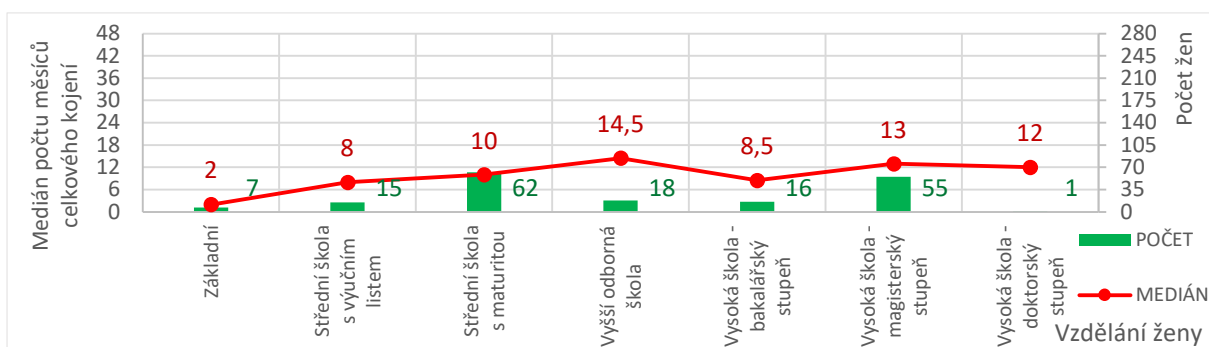
Graf 25 Kraj Karlovarský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



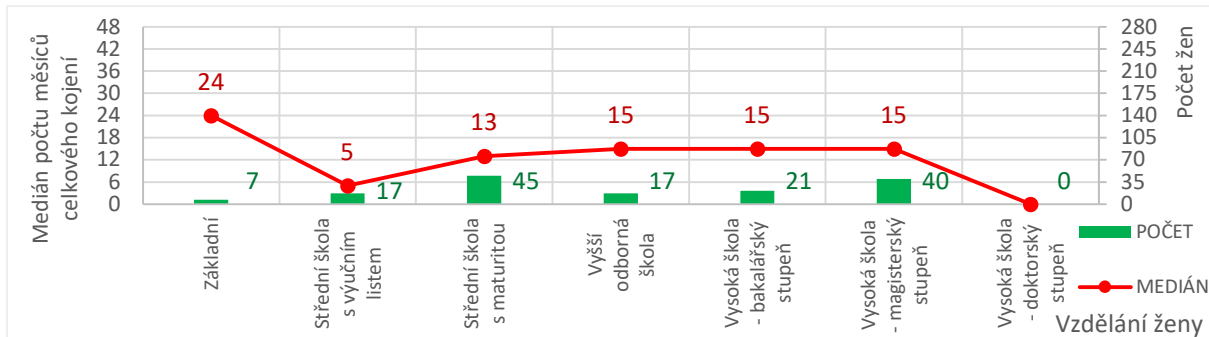
Graf 26 Kraj Ústecký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



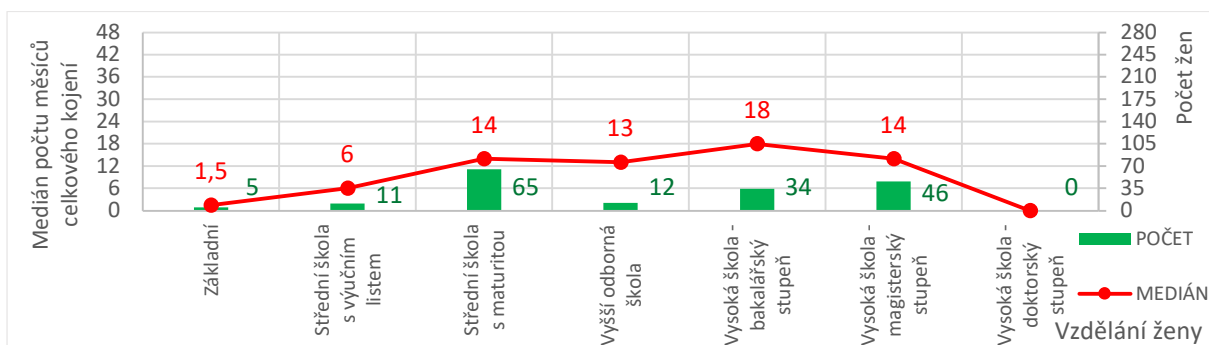
Graf 27 Kraj Liberecký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



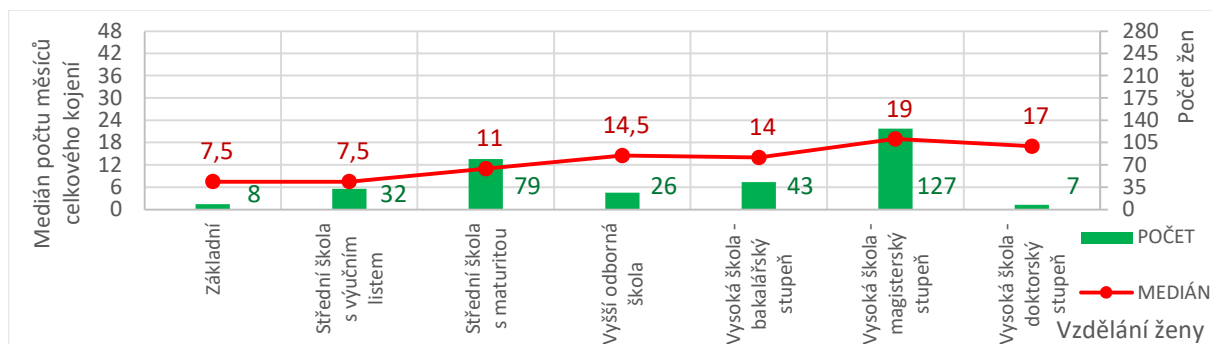
Graf 28 Kraj Královehradecký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



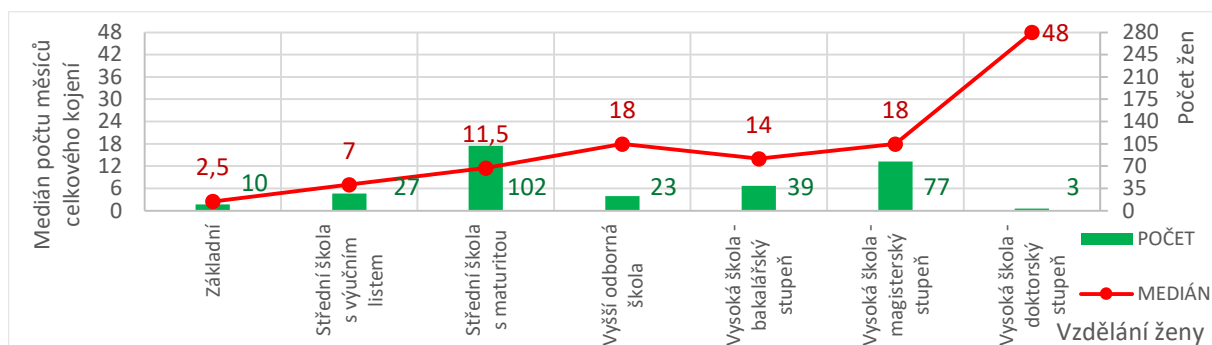
Graf 29 Kraj Pardubický - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



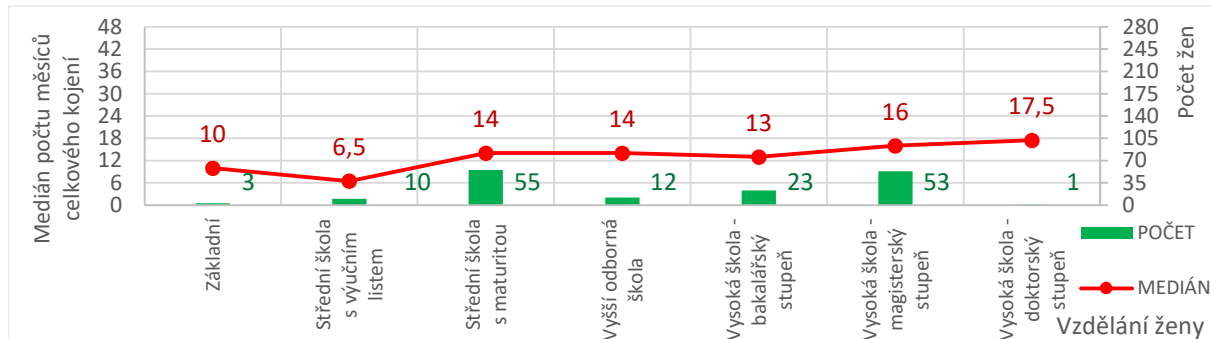
Graf 30 Kraj Vysočina - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



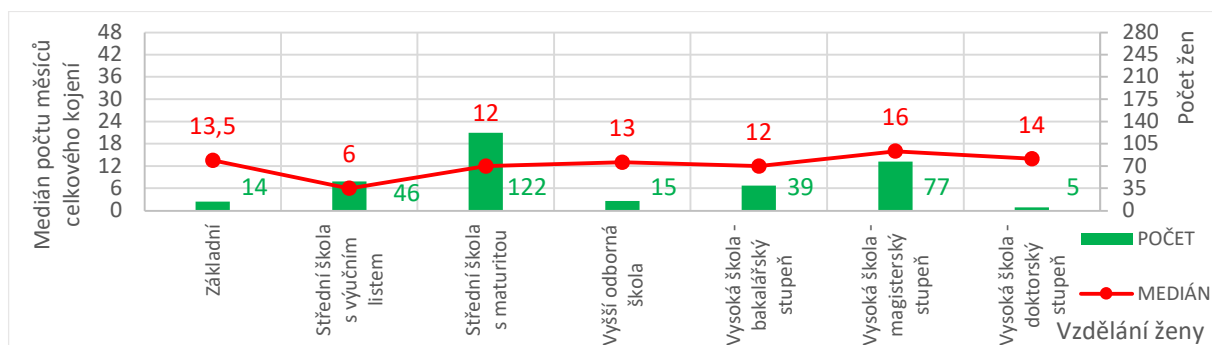
Graf 31 Kraj Jihomoravský - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



Graf 32 Kraj Olomoucký - Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen



Graf 33 Kraj Zlínský – Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen

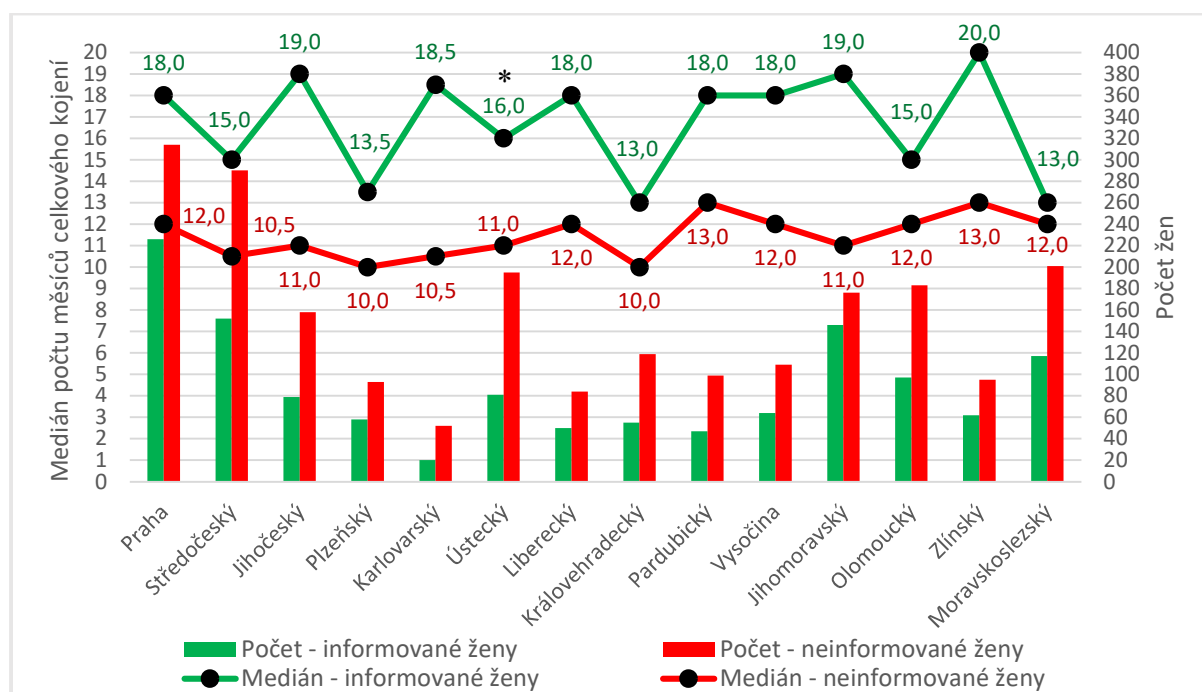


Graf 34 Kraj Moravskoslezský – Medián počtu měsíců celkového kojení v závislosti na vzdělání žen

Na základě statistického vyhodnocení pomocí jednofaktorové analýzy ANOVA na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že v Praze, Jihočeském, Královehradeckém, Jihomoravském, Olomouckém a Moravskoslezském kraji mělo vzdělání významný vliv na výslednou délku kojení. V ostatních krajích ČR se významný vliv tohoto faktoru na délku kojení nepotvrdil. V Praze kojily nejdéle ženy se základním vzděláním, konkrétně se jednalo o 4 respondentky z dané kategorie vzdělání. V ostatních krajích s významným vlivem vzdělání na délku kojení byl pozorován mírně rostoucí trend délky kojení společně se vzděláním žen.

5.3.3 Informovanost matky

Informovanost žen ohledně kojení byla dalším hodnoceným faktorem napříč kraji ČR. Graf 35 zobrazuje střední délku kojení v jednotlivých krajích České republiky. Z Grafu lze vyčíst, že napříč všemi kraji kojily informované ženy déle než ženy neinformované.

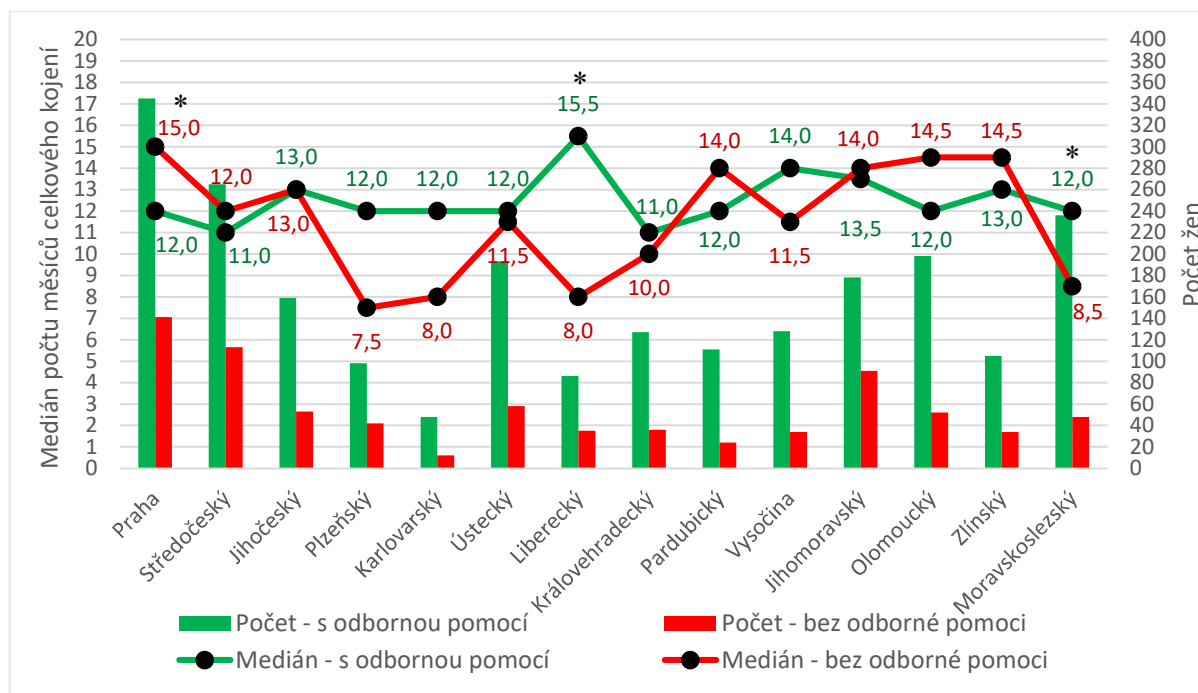


Graf 35 Vliv informovanosti žen na délku kojení v rámci jednotlivých krajů (U kraje označeného * neměl sledovaný faktor vliv na délku kojení.)

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že v Ústeckém kraji informovanost kojících žen neměla vliv na délku kojení. V ostatních krajích České republiky měla informovanost žen pozitivní vliv na výslednou délku kojení.

5.3.4 Odborná pomoc při zahajování kojení

Dalším ze sledovaných faktorů byla přítomnost odborné pomoci při zahajování kojení. Graf 36 zobrazuje střední délku kojení v jednotlivých krajích České republiky. Z tohoto Grafu je patrné, že délka kojení v jednotlivých krajích se velmi lišila bez ohledu na poskytnutí odborné pomoci.

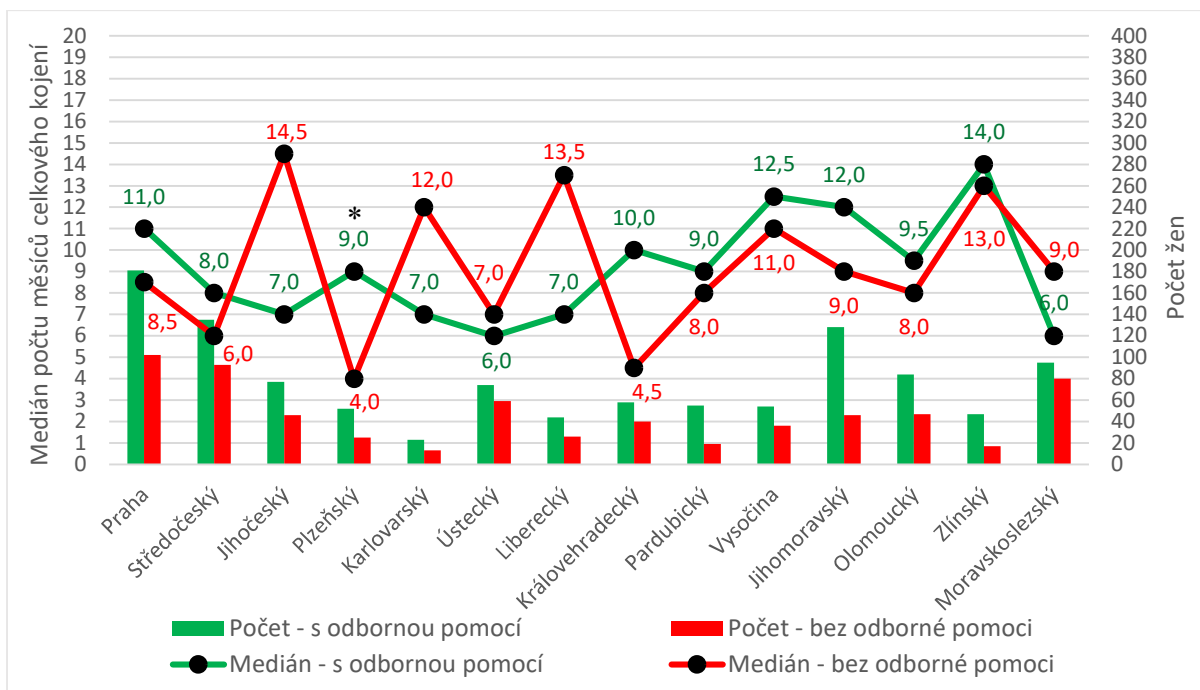


Graf 36 Vliv odborné pomoci při zahajování kojení na délku kojení v rámci jednotlivých krajů (U kraje označeného * měl sledovaný faktor vliv na délku kojení.)

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že ve třech krajích České republiky měla přítomnost odborné pomoci při zahajování kojení vliv na výslednou délku kojení. Z Grafu pak lze vyčíst, že u žen v Libereckém a Moravskoslezském kraji se jednalo o pozitivní vliv na délku kojení, u žen z Prahy byla délka kojení v případě odborné pomoci kratší než u žen, kterým odborná pomoc poskytnuta nebyla.

5.3.5 Odborná pomoc při obtížích při kojení

Stejně jako odborná pomoc při zahajování kojení byla testovaná otázka odborné pomoci v případě obtíží při kojení. Graf 37 zobrazuje střední délku kojení v jednotlivých krajích České republiky. Z tohoto Grafu je patrné, že délka kojení v jednotlivých krajích výrazně kolísala jak u žen, kterým byla poskytnuta odborná pomoc, tak u těch žen, které odbornou pomoc nevyhledaly.

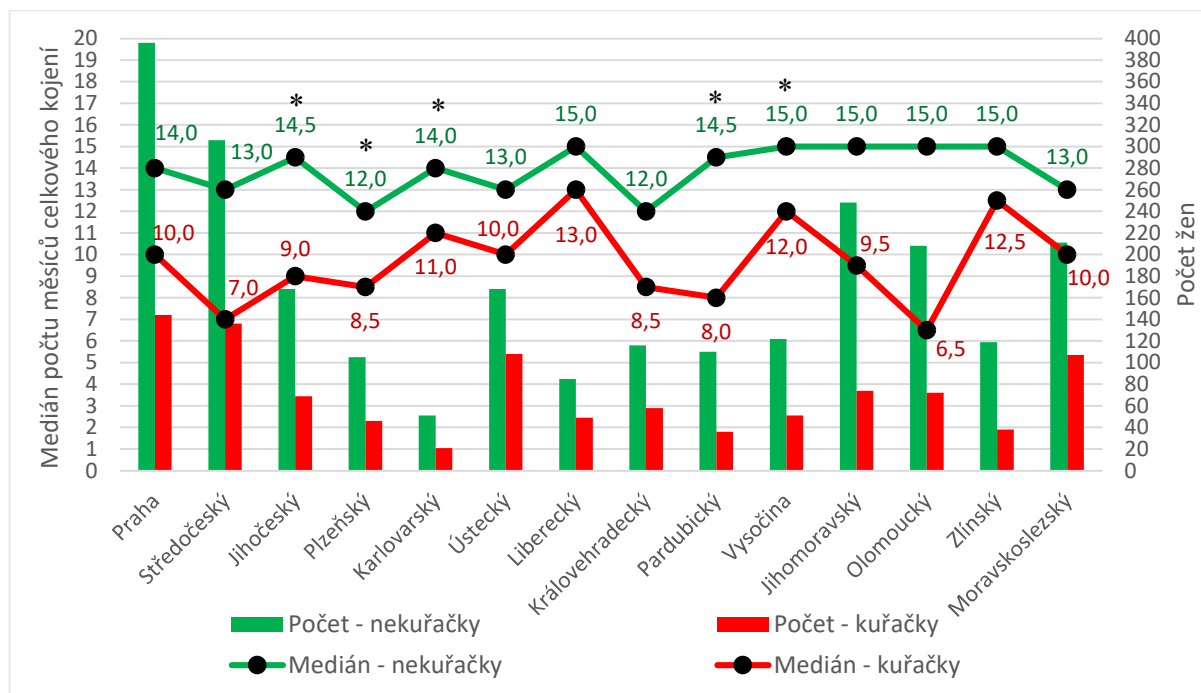


Graf 37 Vliv odborné pomoci v případě obtíží při kojení na délku kojení v rámci jednotlivých krajů (U kraje označeného * měl sledovaný faktor vliv na délku kojení.)

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že přítomnost odborné pomoci v případě obtíží při kojení měla významný vliv na výslednou délku kojení pouze v Plzeňském kraji. Pokud ženy v tomto kraji vyhledaly odbornou pomoc, kojily významně déle než ty, které odbornou pomoc nevyhledaly. V ostatních krajích České republiky neměla přítomnost odborné pomoci v případě obtíží při kojení významný vliv na jeho výslednou délku.

5.3.6 Kouření matky

Dalším ze sledovaných faktorů bylo kouření matky. Graf 38 zobrazuje střední délku kojení v jednotlivých krajích České republiky. Z Grafu je patrné, že délka kojení u žen nekuřaček byla napříč všemi kraji ČR vyšší než u žen, které kouřily.

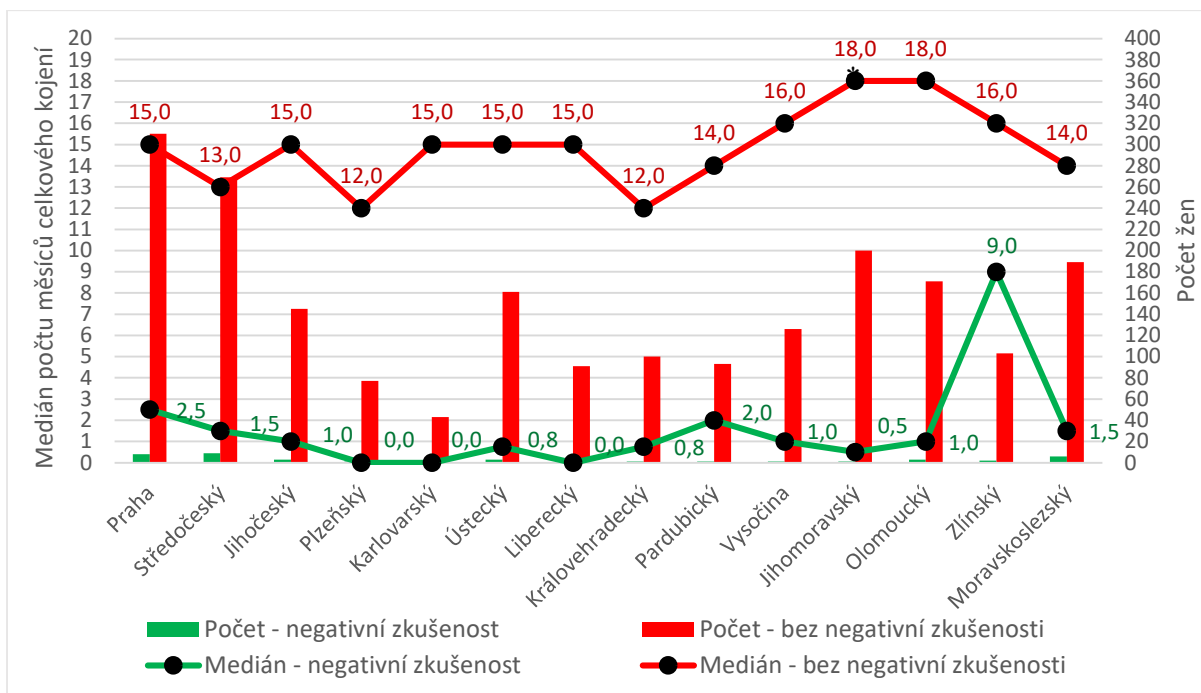


Graf 38 Vliv kouření matky na délku kojení v rámci jednotlivých krajů (U kraje označeného * neměl sledovaný faktor vliv na délku kojení.)

Na základě statistického testování rovnosti středních hodnot na hladině významnosti 5 % bylo zjištěno, že kouření zkracovalo délku kojení v 9 krajích České republiky. Ačkoli ženy nekuřáčky kojily ve všech krajích déle než kuřáčky, v 5 krajích (označených *) nemělo kouření matky na délku kojení významný vliv.

5.3.7 Předchozí negativní zkušenost matky s kojením

Posledním sledovaným faktorem s možným vlivem na délku kojení v jednotlivých krajích České republiky byla předchozí negativní zkušenost ženy s kojením. Jelikož nebylo dosaženo minimálního počtu respondentek s předchozí negativní zkušeností v jednotlivých krajích, nebylo možné tuto hypotézu statisticky testovat. Z následujícího Grafu 39 je však patrné, že ženy s negativní zkušeností kojily podstatně kratší dobu než ženy bez předchozí negativní zkušenosti.



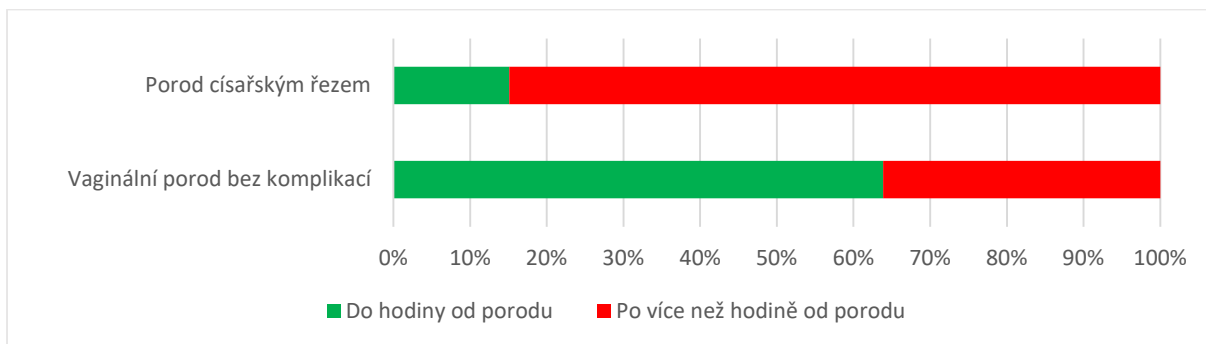
Graf 39: Vliv předchozí negativní zkušenosti matky na délku kojení v rámci jednotlivých krajů

5.4 Faktory ovlivňující zahájení kojení

Hypotéza „Na zahájení kojení má negativní dopad porod císařským řezem, komplikace při porodu a odloučení matky od novorozence.“ byla rozdělena na 3 subhypotézy, každé z nich je věnována samostatná podkapitola.

5.4.1 Způsob porodu

Na základě odpovědí na otázku 10, zda žena rodila vaginálním porodem bez komplikací či císařským řezem, byla následně u těchto dvou skupin hodnocena doba, kdy se dítě poprvé přisálo. Graf 40 znázorňuje procentuální zastoupení žen, které zahájily kojení do 1 hodiny od porodu či později v závislosti na způsobu porodu. Z tohoto Grafu je zřejmé, že ženy, které podstoupily sekci, zahajovaly kojení později než ženy, které rodily vaginálním porodem bez komplikací.

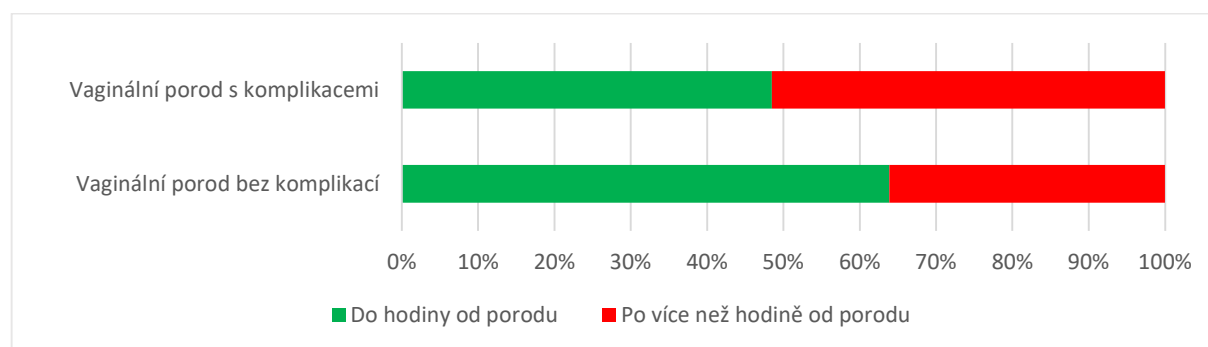


Graf 40 Explorační závislost vlivu způsobu porodu na dobu zahájení kojení

Relativní riziko, že ženy, které podstoupily porod císařským řezem, začnou kojit po delší době než 1 hodinu od porodu bylo 2,4krát vyšší než u žen, které rodily vaginálně a bez komplikací.

5.4.2 Komplikace při porodu

Na základě odpovědí na otázku 10, zda žena rodila vaginálním porodem bez komplikací nebo s komplikacemi, byla následně u těchto dvou skupin hodnocena doba, kdy se dítě poprvé přisálo. Graf 41 znázorňuje procentuální zastoupení žen, které zahájily kojení do 1 hodiny od porodu či později v závislosti na přítomnosti komplikací při porodu. Z tohoto Grafu lze vyčíst, že více než polovina žen, které měly komplikovaný porod, zahajovaly kojení později než hodinu od porodu. Naopak ženy, které komplikace při porodu nevedly, zahajovaly kojení do 1 hodiny od porodu v téměř 65 % případů.

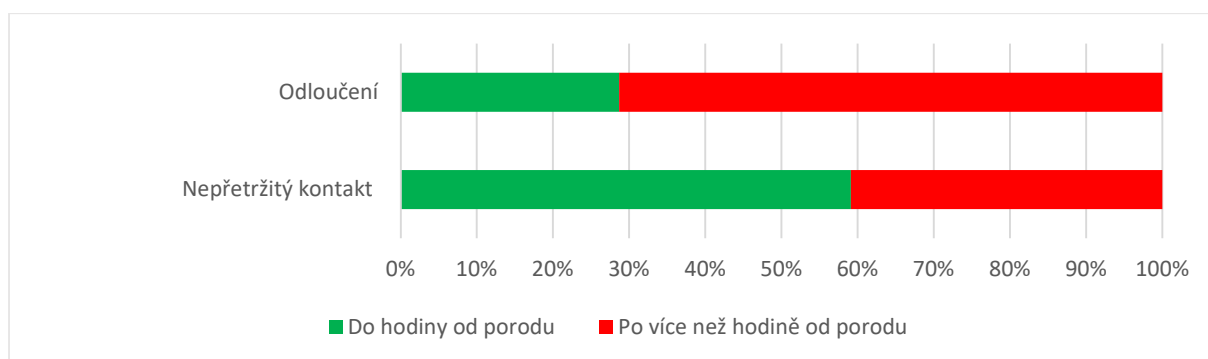


Graf 41 Explorační závislost komplikací při porodu na zahájení kojení

Relativní riziko, že ženy po komplikovaném porodu začnou kojit po delší době než 1 hodina od porodu bylo 1,4krát vyšší než u žen po vaginálním porodu bez komplikací

5.4.3 Odloučení matky a novorozence

Na základě odpovědí na otázku 19, zda ženě byl umožněn nepřetržitý kontakt s novorozencem, byl výchozí soubor rozdělen do dvou sledovaných kategorií, u kterých bylo zjišťováno, kdy se dítě poprvé přisálo. Graf 42 znázorňuje procentuální zastoupení žen, které zahájily kojení do 1 hodiny od porodu či později v závislosti na možnosti nepřetržitého kontaktu s dítětem. Z tohoto Grafu lze vyčíst, že téměř 2/3 žen, kterým nebyl umožněn nepřetržitý kontakt, zahájily kojení později než 1 hodinu od porodu. V souboru žen, kterým byl nepřetržitý kontakt s dítětem umožněn bylo těchto žen necelých 41 %.



Graf 42 Explorační závislost odloučení matky a dítěte na zahájení kojení

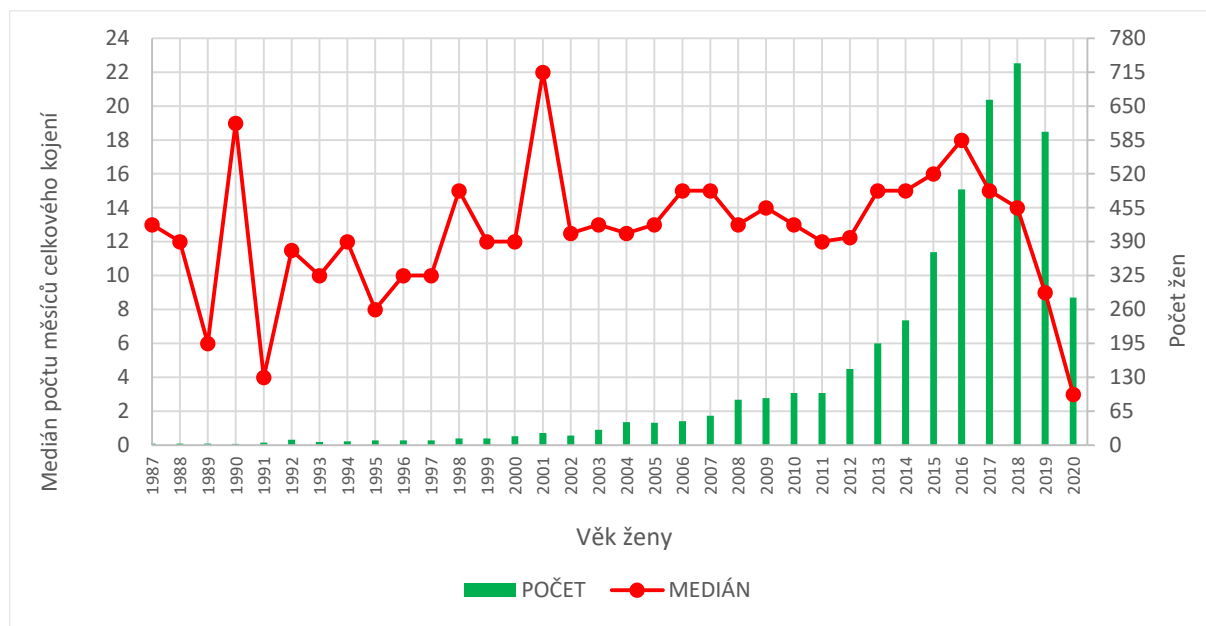
Relativní riziko, že ženy začnou kojit po delší době než 1 hodinu od porodu bylo 1,8krát vyšší u žen, kterým nebyl umožněn nepřetržitý kontakt s dítětem v porovnání s ženami, kterým nepřetržitý kontakt umožněn byl.

5.5 Další sledované proměnné v rozšířeném souboru žen

Kromě definovaného souboru odpovědí od žen v úvodu kapitoly Výsledky, na kterém byly vyhodnocovány všechny výše testované hypotézy, bylo dále pracováno s rozšířeným souborem žen z České republiky. Podmínkou pro jejich zařazení do tohoto souboru bylo, že dané dítě žena v době vyplňování dotazníku již nekojila. Jednalo se o soubor 4463 žen.

5.5.1 Délka kojení v jednotlivých letech

Tento rozšířený soubor byl rozdělen dle jednotlivých let narození dítěte. Jednalo se o rozpětí odpovědí od matek, jejichž děti byly narozené v letech 1987–2020. Graf 43 zobrazuje střední délku kojení v průběhu těchto let. Jak lze pozorovat v Grafu, mezi jednotlivými roky existují značné rozdíly v počtu získaných dat. Z tohoto důvodu tento Graf slouží pouze jako ilustrace a názorné zobrazení všech získaných dat. Z tohoto Grafu lze pozorovat trend rostoucí střední délky kojení mezi lety 2011–2016. Ačkoliv počet dosažených odpovědí v těchto letech se značně lišil. Z Grafu je také patrná snižující se délka kojení v letech 2017–2020. Tento trend bude pravděpodobně spojený se skutečností, že značné množství žen dotazník nevyplnilo, protože dítě v současné době stále ještě kojily.



Graf 43 Závislost mediánu počtu měsíců celkového kojení na roku narození dítěte

5.5.2 Partnerský stav

Dále bylo z rozšířeného souboru žen zjišťováno, zda se liší výsledná délka kojení žen bez partnera oproti ženám v partnerském vztahu. V Tabulce 10 jsou uvedeny mediány délky kojení pro tyto dvě skupiny žen. Z Tabulky je zřejmé že s ohledem na partnerský stav se v tomto sledovaném souboru žen z České republiky délka kojení nelišila.

Tabulka 10 Medián délky kojení v závislosti na partnerském stavu matky

	Ženy ve vztahu	Ženy bez partnera
Medián délky kojení	13	13
Počet žen v souboru	4306	153

5.5.3 Termín porodu

Dalším sledovaným znakem byl medián délky kojení u žen, jejichž děti byly narozeny předčasně, v termínu, či po termínu. Z Tabulky 11 lze vyčíst, že medián délky kojení u předčasně narozených dětí byl nejnižší, naopak nejvyšší medián délky kojení byl u žen, jejichž děti byly narozené po termínu.

Tabulka 11 Medián délky kojení v závislosti na době narození dítěte

	Před 38. týdnem těhotenství	38.–42. týden těhotenství	Po 43. týdnu těhotenství
Medián délky kojení	11	13	15,8
Počet žen v souboru	462	3955	66

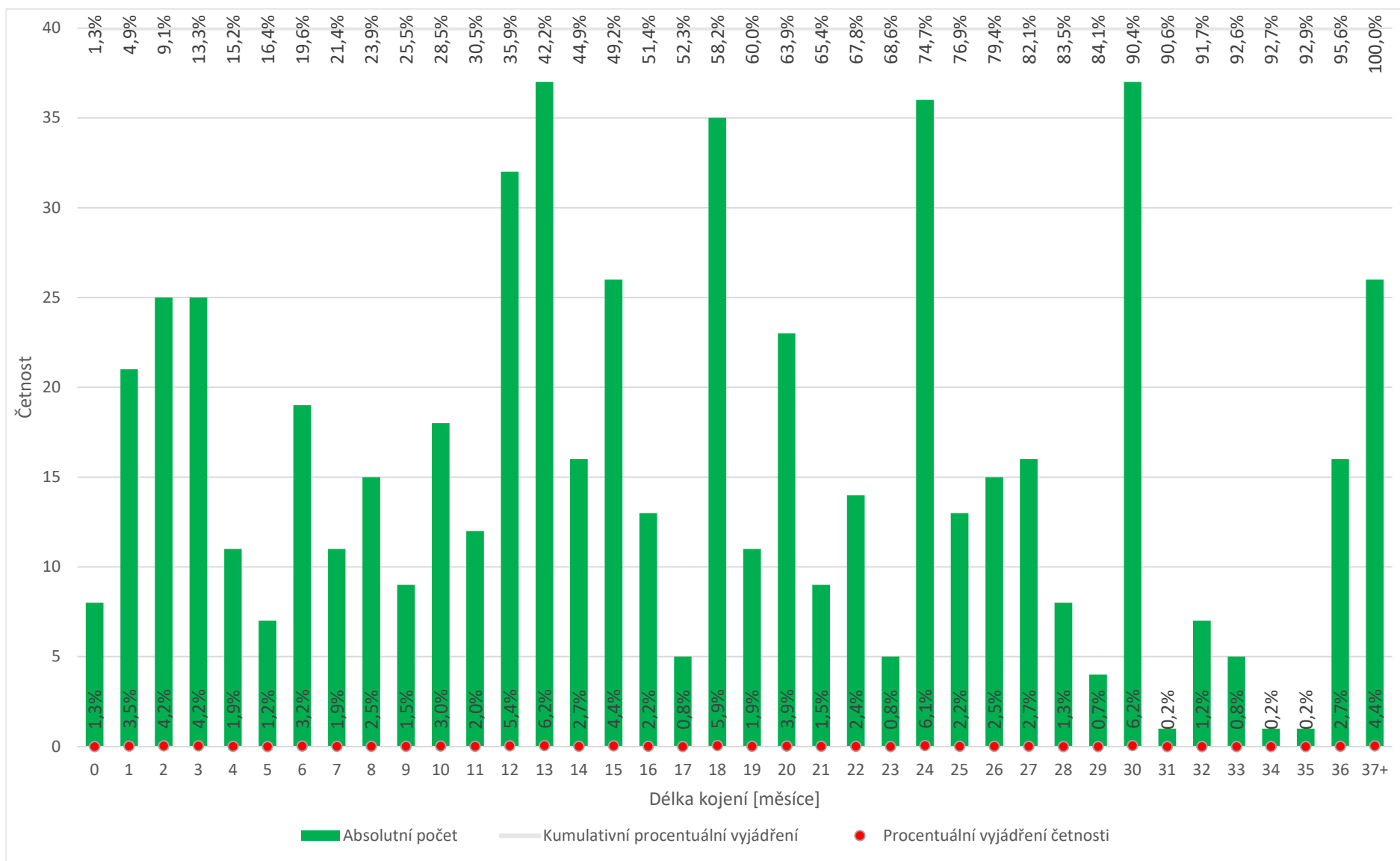
5.5.4 Kojení v roce 2017

Poslední dostupná data o stavu kojení jsou k roku 2017, z toho důvodu byl pro možné srovnání s literaturou sledován samostatně pouze tento rok. Následující Tabulka 12 zobrazuje souhrnný stav kojení v roce 2017. Z Tabulky je zřejmé, že výlučně po dobu 6 měsíců kojila necelá čtvrtina žen. S dokrmem po dobu 24 měsíců pak kojilo přes 30 % žen.

Tabulka 12 Stav kojení v roce 2017

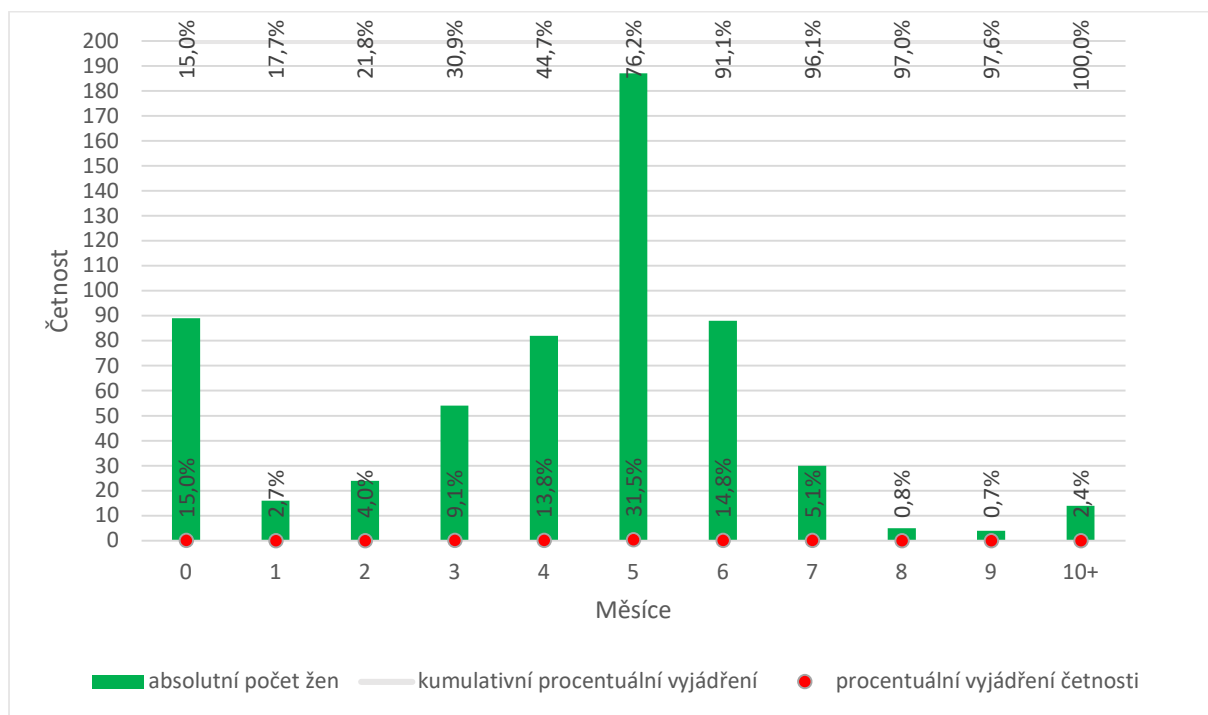
Celkový počet odpovědí z roku 2017	662	100,0 %
Počet žen kojících výlučně 3 měsíce	512	77,3 %
Počet žen kojících výlučně 6 měsíců	153	23,1 %
Počet žen kojících (výlučně i s dokrmem) alespoň 6 měsíců	548	82,8 %
Počet žen kojících (výlučně i s dokrmem) alespoň 12 měsíců	450	68,0 %
Počet žen kojících (výlučně i s dokrmem) alespoň 24 měsíců	199	30,1 %

Graf 44 znázorňuje celkovou délku kojení v roce 2017. Z tohoto Grafu lze vyčíst, že 3,5 % žen již od počátku nekojilo a naopak přes 10 % žen kojilo po dobu 2,5 let či déle.



Graf 44 Celková délka kojení v České republice v roce 2017

Graf 45 znázorňuje celkovou délku výlučného kojení v roce 2017. Z tohoto Grafu je zřejmé, že 15 % žen již od počátku nekojilo výlučně, téměř třetina žen kojila výlučně po dobu 5 měsíců a přes 2 % žen kojilo výlučně 10 měsíců nebo déle.



Graf 45 Délka výlučného kojení v České republice v roce 2017

6 Diskuse

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy dítěte a představuje jeden ze základních předpokladů pro správný růst a vývoj dítěte (Sinha et al 2015). Již v roce 1991 vstoupila v České republice v platnost Úmluva o právech dítěte, podle které má každé dítě právo na správnou výživu, tedy mateřské mléko a kojení. Kojení je součástí Národního programu podpory zdraví a dalších preventivních programů 21. století (Laktační Liga 2016). WHO doporučuje zahájení kojení do 1 hodiny od porodu, výlučné kojení po dobu 6 měsíců a následné kojení společně s podáváním komplementární výživy do 2 let věku dítěte či déle (World Health Organization 2020a).

V posledních letech se kojení stává stále více diskutovaným tématem. Klade se důraz na jeho význam, a co nejdéle dobu trvání. Kojení či podávání mateřského mléka přináší spoustu benefitů pro dítě i matku, rodinu a také celou společnost. Jeho přínosem je kromě zajištění výživy, obranyschopnosti a vývoje dítěte rovněž pozitivní vliv na zdravotní stav matky i dítěte, a to v oblasti fyzického i psychického zdraví. Dále se kojení celosvětově pozitivně odráží v sociální, ekonomické i ekologické oblasti (Rollins et al. 2016).

6.1 Délka kojení

Prevalence a délka kojení je celosvětově nízká. Prostřednictvím tohoto výzkumu bylo zjištěno, že doba trvání výlučného kojení i kojení s dokrmem byla v České republice kratší než doporučuje WHO i Ministerstvo zdravotnictví České republiky. K podobným závěrům se přiklání také WHO a ÚZIS ČR (ÚZIS ČR 2017; World Health Organization 2018).

Ačkoliv tato zjištěná data ze sledovaného vzorku žen v České republice neodpovídala doporučením pro optimální dobu kojení, jednalo se o optimističtější informace o stavu kojení než poskytuje poslední statistický průzkum ÚZIS ČR. Těmito informacemi jsou data k roku 2017. Z aktuálního výzkumu vyplývá, že alespoň někdy kojilo o 4 % více žen, než poskytují data ÚZIS ČR, ve věku 3 měsíců pak bylo v roce 2017 výlučně kojeno o 64 % více novorozenců a do 6 měsíců věku bylo celkově kojeno (výlučně i s dokrmem) o 42 % kojenců více (ÚZIS ČR 2017).

Oproti Americe pak bylo v tomto vzorku alespoň někdy kojeno o téměř 15 % novorozenců více. Po dobu 6 měsíců bylo kojeno o 24 % českých kojenců více než v Americe, výlučně však bylo kojeno po tuto dobu o 2 % kojenců méně než v Americe. Ve 12 měsících věku dítěte pak bylo kojeno o téměř 33 % českých dětí více než těch amerických (Centers for Disease Control and Prevention 2020b).

Co se týče porovnání České republiky v celosvětovém měřítku, v roce 2017 bylo výlučně kojeno po dobu 6 měsíců o 18 % kojenců méně než ve světě, ve 12 měsících věku bylo kojeno o 3 % dětí méně a ve 24 měsících bylo oproti celosvětovému průměru kojeno o 15 % dětí méně (World Health Organization 2018).

Ze sledovaného vzorku žen mezi lety 2008–2020 nekojilo vůbec 1,5 % žen a více než 16 % žen již od počátku kojilo s dokrmem. Téměř 77 % žen kojilo (výlučně nebo s dokrmem) alespoň 6 měsíců, výlučně po tuto dobu kojilo necelých 21 % žen. Téměř 2 % žen uvedly, že kojily výlučně déle než 9 měsíců, v extrémním případě jedna žena kojila výlučně 42 měsíců.

Zde se nabízí úvaha, zda mohlo dojít k nepochopení dané otázky ohledně podávání příkrmu, případně jaký důvod ženy vedl k takto dlouhé době výlučného kojení a jakým způsobem pak takto dlouhá doba výlučného kojení ovlivňovala vývoj dítěte. Necelá čtvrtina žen pak kojila své dítě doporučených 24 měsíců nebo déle. V extrémních případech dvě ženy kojily dítě ještě ve věku 72 měsíců, jedna žena kojila dítě ve věku 78 měsíců a vůbec nejdéle kojila jedna žena po dobu 80 měsíců.

V porovnání s dostupnými daty pro Českou republiku bylo v tomto výzkumu kojeno o téměř 39 % kojenců více než udává dostupná literatura pro ČR mezi lety 2008-2017 (ÚZIS ČR 2012; Laktační Liga 2013; ÚZIS ČR 2017; World Health Organization 2020c).

V rámci evropského srovnání je k dispozici žebříček 11 evropských zemí z konference o výživě pořádané v Berlíně v roce 2015. Z těchto 11 zemí byla nejnižší četnost iniciace kojení v Irsku, kde nebylo nikdy kojeno až 44 % novorozenců. Naopak v Norsku nebyly kojeny, podobně jako v našem souboru, pouze 2 % dětí. Nejméně kojených dětí po dobu 6 měsíců bylo v rámci těchto zemí 38 % dětí v Itálii, naopak nejvyšší četnost kojení byla se 71 % četností v Norsku. Výlučně kojených dětí po dobu 6 měsíců pak bylo nejméně ve Švýcarsku, jednalo se pouze o 10 % výlučně kojených dětí, naopak v Nizozemí bylo to 39 % dětí (Theurich et al. 2019).

6.1.1 Zavádění příkrmu, podávání formulí

Přes 18 % žen začalo podávat příkrm dříve než v ukončeném 4. měsíci, téměř 24 % žen podalo příkrm v 5. měsíci, přes 32 % žen v 6. měsíci a pouze 24 % žen podalo příkrmy po ukončeném 6. měsíci. Je tedy otázkou, zda ženy správně rozumí a chápou doporučení pro zavádění příkrmu. V jednotkách případů dokonce ženy uváděly, že podaly první příkrm podle doporučení pediatra, kterým bylo zavedení příkrmu v průběhu 6. měsíce. Zde se setkáváme s problematikou 6. měsíc versus ukončený šestý měsíc, respektive 7. měsíc. Není tedy zcela jasné, zda samotní lékaři při doporučení pro zavádění příkrmu používají správnou terminologii anebo jde o nesprávné pochopení těchto doporučení ze strany matek. V této souvislosti se nabízí prostor pro zkoumání v dalších výzkumech problematiku zavádění příkrmu. Především terminologii a její interpretaci mezi lékaři, zdravotníky a samotnými kojícími ženami.

K mírně pozitivnějším závěrům ohledně zavádění příkrmu došli Barrera et al. (2018) kteří zjistili, že 16,3 % kojenců v USA byl zaveden příkrm dříve než v ukončeném 4. měsíci. V průběhu 5. a 6. měsíce byl zaveden příkrm v 38,3 % případů a v ukončeném 6. měsíci dostalo první příkrm 45,4 % dětí v Americe.

V tomto výzkumu byla minimálně jednou podána formule téměř 38 % novorozencům. Více než 1 % žen uvedlo, že tento dokrm byl podáván maximálně po dobu prvního měsíce věku dítěte. Necelé 1 % žen uvedlo, že podávání formulí bylo z důvodu jeho doporučení pediatrem a 4 ženy z nich dokonce uvedly, že se jednalo o nátlak pediatra, podle kterého údajně dítě nedostatečně prospívalo, přičemž dotyčné ženy zpětně tento názor nepovažovaly za správný. Dalších 5 žen dodalo, že z „hlouposti“ či „nevědomosti“ uposlechly nesprávné doporučení pediatra pro zavedení formulí a dnes by již dítě kojily plně. Dvě ženy také uvedly, že své dítě na doporučení pediatra po kojení převažovaly a v případě, že nepřibývalo na váze, podaly dítěti dokrm.

Důležitou informací je, že v rámci terminologie pro zavádění příkrmu mohlo v průběhu sběru dat dojít k jejich zkreslení. Pokud žena jako odpověď na otázku, „V kolikátém měsíci jste dítěti začala podávat příkrm?“ například uvedla „v šestém měsíci“, či pouze napsala číslo 6, tato odpověď byla chápána tak, že dítě v průběhu šestého měsíce dostalo příkrm a výlučně tedy bylo kojeno po dobu 5 měsíců. Naopak pokud byla odpověď typu „v ukončeném šestém měsíci“ či „v šesti měsících věku dítěte“, tato odpověď byla chápána tak, že dítě bylo výlučně kojeno 6 měsíců a příkrm byl podán po ukončení 6. měsíce. Zde tedy mohlo dojít k nepochopení otázky či správné definice měsíců a výsledky tak mohou být částečně zkresleny.

Dalším faktorem, který mohl mírně zkreslit dobu výlučného kojení byla skutečnost, že v desítkách případů ženy uvedly, že novorozencům byla podána formule pouze v porodnici. Z nich 3 ženy uvedly, že tento dokrm byl dítěti podán bez jejich vědomí a 9 žen zdůraznilo, že formule podaná v porodnici byl jediný moment, kdy jejich dítě formuli dostalo. Desítky žen také uvedly podávání formulí pouze „občas“ na „rozkojení“. Vyskytly se i 3 případy, kdy žena v průběhu prvních 6 měsíců života dítěte dvakrát či třikrát svěřila do rukou rodiny, a pouze v ten moment byla dítěti podána formule, po zbytek času bylo dítě kojeno výlučně. Nicméně všechny tyto ženy, které uvedly, že jejich potomkům byla, byť jen jednou, podána náhrada MM, byly považované jako ty, které od doby podání příkrmu či formule, výlučně nekojily.

Rovněž je nutné uvést, že při hodnocení délky kojení mezi lety 2008–2020 mohlo dojít do určité míry ke zkreslení dat především z posledních let (zejména 2019 a 2020) a to vzhledem k tomu, že byly přijímány odpovědi pouze od žen, které již měly kojení ukončené. Stále kojící ženy tak dotazník nevyplňovaly. Za předpokladu, že určité procento žen kojí déle než dva roky, mohlo dojít k mírnějšímu zkreslení dat i v dalších letech.

Je také velmi pravděpodobné, že vzhledem k šíření dotazníku přes sociální sítě nejčastěji na Facebookových skupinách s názvem „Děti“ či „Maminky“, častěji vyplnily dotazník ženy, které mají k mateřství pevnější vztah. Pravděpodobně dotazník měly větší tendenci vyplnit ženy, které se o kojení spíše zajímaly. Kromě toho byla u těchto žen větší pravděpodobnost, že dotazník dále šířily mezi další matky. Naopak ženy, které kojení nepovažovaly za příliš významné a kojily pouze krátce či nekojily vůbec, s větší pravděpodobností dotazník nevyplňovaly a dále jej nešířily.

6.2 Faktory s možným vlivem na délku kojení

6.2.1 Věk matky

Jedním ze sledovaných faktorů, které mohly mít vliv na délku kojení, byl věk matky. V rámci celé České republiky byl zaznamenán významný vliv věku na výslednou délku kojení, kdy se s rostoucím věkem zvyšovala i celková délka kojení. Tyto závěry jsou v souladu s literaturou (Cohen et al. 2018; Dieterich et al. 2013). Nicméně trend prodlužující se délky kojení neprostopoval rovnoměrně napříč všemi věkovými kategoriemi, což mohlo být také způsobeno nižším počtem respondentek (pod 20 žen) v okrajových věkových kategoriích 17–19 let a 41–45 let.

Významný vliv věku se ze všech krajů ČR potvrdil pouze v Pardubickém kraji. Zde však nebyla zjištěna analogie prodlužující se délky kojení společně s věkem ženy. Nejdéle v tomto

kraji kojily ženy ve věkové kategorii 22 let. V ostatních krajích ČR věk ženy neměl významný vliv na výslednou délku kojení. Je však důležité upozornit, že vzhledem ke kolísavému počtu respondentek (2–55) v jednotlivých věkových kategoriích v rámci 14 jednotlivých krajů České republiky je velmi pravděpodobné kvůli nízkému zastoupení žen v určitých věkových kategoriích zkreslení těchto výsledků.

6.2.2 Vzdělání matky

Dalším ze sledovaných faktorů, bylo vzdělání matky. Napříč literaturou se vyšší vzdělání pojilo s delší dobou kojení (Thulier a Mercer 2009; Dieterich et al. 2013; Robert et al. 2014; Victora et al. 2016; Cohen et al. 2018). Tento trend byl pozorován i na našem vzorku žen z České republiky. Medián délky kojení pro ženy se základním vzděláním či střední školou s výučním listem byl o 3–4 měsíce kratší než u žen, jež absolvovaly maturitní zkoušku, vyšší odbornou školu či bakalářský stupeň vysoké školy. Ženy s vysokoškolským magisterským stupněm vzdělání pak kojily o další 3 měsíce déle než ženy s maturitou, vyšší odbornou školou či bakalářským vzděláním a ženy, které absolvovaly doktorát kojily o další 2 měsíce déle než ženy s magisterským vzděláním. Je však třeba zdůraznit, že v případě základního vzdělání a doktorského stupně vzdělání bylo ve sledovaném vzorku méně žen než ve zbylých kategoriích, což mohlo mít vliv na celkové výsledky.

Ze všech krajů ČR mělo vzdělání významný vliv na výslednou délku kojení pouze v Praze, Jihočeském, Královohradeckém, Jihomoravském, Olomouckém a Moravskoslezském kraji. V Praze kojily významně déle ženy se základním vzděláním, nutno však poznamenat, že kategorii zastupovaly pouze 4 ženy, a proto nelze tato data zobecňovat. V 5 zmíněných krajích byl zaznamenán mírně rostoucí trend délky kojení společně se vzděláním žen, v Olomouckém kraji pak významně déle kojily ženy s doktorským vzděláním, opět však nutno dodat, že se v rámci této kategorie jednalo pouze o tři ženy.

6.2.3 Informovanost matky

Informovanost matky v oblasti kojení byl dalším sledovaným faktorem v souvislosti s výslednou délkou kojení. Znalost doporučení WHO pro kojení je předpokladem pro jeho adekvátní dobu trvání (Robert et al. 2014). Podle Cohen et al. (2014) mají ženy informované v oblasti kojení až o 41 % vyšší pravděpodobnost úspěšného zahájení kojení a jeho delšího trvání než ženy neinformované. Tuto tezi potvrzují i výsledky této práce, kdy ženy informované kojily významně déle než ženy neinformované. Střední délka kojení žen v České republice, které znaly doporučenou dobu kojení, byla o 6 měsíců delší než u žen, které tuto informaci neměly.

Ve většině krajů ČR byla rovněž potvrzeno, že informovanost matek pozitivně ovlivňuje výslednou délku kojení. V Ústeckém kraji však informovanost žen na výslednou délku kojení neměla statisticky významný vliv. V případě Karlovarského kraje hypotézu nebylo možno testovat, jelikož soubor nedosáhl požadovaného minima respondentek (30) pro splnění podmínek testování (Neubauer et al. 2012), k dispozici je tedy pouze grafické znázornění. Střední délka kojení ve všech krajích České republiky byla u informovaných žen delší než u těch neinformovaných. V Moravskoslezském kraji se jednalo pouze o rozdíl jednoho měsíce. V krajích Jihočeském, Karlovarském a Jihomoravském pak tento rozdíl činil 8,5 měsíce.

6.2.4 Odborná pomoc

Dalším ze sledovaných faktorů s možným vlivem na výslednou délku kojení bylo poskytnutí odborné pomoci ženám při zahajování kojení a také vyhledání odborné pomoci v případě obtíží při kojení. Střední délka kojení byla stejná bez ohledu na to, jestli ženám byla nebo nebyla poskytnuta odborná pomoc při zahajování kojení. Přítomnost odborné pomoci v případě obtíží při kojení se pojila s delší střední délkou kojení o 2 měsíce ve srovnání s ženami, které odbornou pomoc nevyhledaly. Avšak v rámci celé České republiky přítomnost odborné pomoci jak při zahajování, tak v případě obtíží při kojení, neměla významný vliv na výslednou délku kojení.

Při hodnocení vlivu odborné pomoci při zahajování kojení v jednotlivých krajích České republiky bylo zjištěno, že pak přítomnost odborné pomoci při zahajování kojení měla významný vliv na jeho výslednou délku v Praze, Libereckém a Moravskoslezském kraji. V případě Karlovarského a Pardubického kraje hypotézu nebylo možno testovat, jelikož soubor nedosáhl požadovaného minima respondentek (30), k dispozici je pouze grafické znázornění. Střední délka kojení žen v Libereckém kraji, kterým byla poskytnuta odborná pomoc při zahajování kojení byla delší o 7,5 měsíce než u žen bez odborné pomoci. V kraji Moravskoslezském byl tento rozdíl 3,5 měsíce. Naopak u žen v Praze se poskytnutí odborné pomoci při zahajování kojení pojilo s kratší dobou kojení o 3 měsíce. Téměř 43 % žen z Prahy, které uvedly, že jim nebyla poskytnuta odborná pomoc jako důvod popsaly, že poskytovaná pomoc personálem byla dle jejich názoru nedostatečná, neodborná, personál si v poskytování rad a pomoci protičel a ženy proto z dnešního pohledu tuto pomoc nepovažovaly za dostatečně odbornou. Více než 4 % žen jako důvod uvedlo, že je personál jako vícerodičky považoval za znalé a pomoc tedy podle zdravotníků nepotřebovaly.

Obdobné hodnocení poskytování zdravotnické péče bylo napříč celou Českou republikou. Vyjma 35 % žen, které dle svých slov při zahajování kojení pomoc nepotřebovaly, více než 47 % žen uvedlo, že jim při zahajování kojení nebyla poskytnuta dostatečná pomoc, nebo se pomoc nedala dle jejich názoru považovat za odbornou. Ženy opakovaně uváděly, že jim byly poskytovány protichůdné, zavádějící či neúplné informace, nebo jim při sebemenších neúspěších a problémech v kojení bylo doporučeno podání formulí. Téměř 1 % z těchto žen uvedlo, že přístup a rady personálu byly dle jejich názoru přímo poškozující. Desítky žen dodaly, že jim oproti personálu v nemocnicích velmi pomohly rady soukromých laktačních poradkyň. Na druhou stranu se však vyskytlo i 6 žen, které uvedly, že ani laktační poradkyně jim neposkytly adekvátní pomoc. Alespoň 5 žen připustilo, že z nevědomosti rady zdravotníků uposlechly a teprve s odstupem času pochopily, že právě tyto zdánlivě odborné rady zdravotnického personálu či pediatrů byly důvodem pro předčasné odstavení dítěte. Na základě doporučení nevhodné techniky kojení či podávání formulí došlo postupně k nižší tvorbě MM a ženy tak byly nuceny stále navyšovat podávání formulí na úkor kojení až do úplného odstavení dítěte. Tyto zkušenosti žen mohou být důvodem, proč popisované poskytnutí „odborné“ pomoci ženám nevedlo k podpoře kojení.

Problematikou informovanosti a odbornosti zdravotnického personálu se zabývali i Dieterich et al. (2013). Jejich závěry korespondují se zmiňovanými negativními zkušenostmi žen a potvrzují, že nedostatečná odbornost zdravotnického personálu může mít na kojení negativní dopad. Pro další výzkum v České republice se tak nabízí možnost zaměření

se na kvalitu a odbornost zdravotnického personálu či na porodnice s certifikátem BFHI a posouzení, zda poskytnutí odborné pomoci personálem z těchto porodnic přinese lepší výsledky než poskytnutí pomoci personálem z porodnic bez tohoto certifikátu.

Co se týče vyhledání odborné pomoci v případě obtíží při kojení, jak celorepublikově, tak i v jednotlivých krajích přítomnost odborné pomoci neměla vliv na výslednou délku kojení. V případě krajů Plzeňského, Karlovarského, Libereckého, Zlínského a Pardubického hypotézu nebylo možno testovat, jelikož soubor nedosáhl požadovaného minima respondentek (30), k dispozici je pouze grafické znázornění. Střední délky kojení se pak v jednotlivých krajích do různé míry lišily, avšak ne významně.

6.2.5 Kouření

Jako jednoznačně rizikový faktor pro celkovou dobu kojení je napříč literaturou označováno kouření matek (Giglia et al. 2006; Černá & Kollárová 2015; Cohen et al. 2018). I tento výzkum potvrdil, že kouření matek zkracuje celkovou délku kojení. V rámci celé České republiky byla střední délka kojení u kuřáček o 4 měsíce kratší než střední délka kojení u žen nekuřáček.

Ačkoli medián délky kojení byl jednoznačně napříč všemi kraji ČR delší u žen nekuřáček oproti kuřáčkám, a to v rozpětí od 2 měsíců v kraji Libereckém po 8,5 měsíců v kraji Olomouckém, zkoumaná hypotéza, že kouření zkracuje délku kojení, nebyla potvrzena v rámci krajů Jihočeského, Plzeňského, Pardubického a na Vysočině. V případě Karlovarského kraje hypotézu nebylo možno testovat, jelikož soubor nedosáhl požadovaného minima respondentek (30), k dispozici je pouze grafické znázornění. Pozorované rozdíly vlivu kouření na výslednou délku kojení v jednotlivých krajích mohou být způsobeny odlehými hodnotami v daných souborech.

6.2.6 Předchozí negativní zkušenost matky s kojením

Stejně jako Claesson et al. (2019) a Cohen et al. (2018) i v tomto výzkumu bylo zjištěno, že negativní zkušenost ženy s předchozím kojením vedla ke zkrácení celkové délky kojení. Nutno však dodat, že i přes splnění minimálního počtu respondentek v souboru (30), bylo množství žen s negativní zkušeností (39) mnohonásobně menší než ve skupině žen, které předchozí negativní zkušenost nevedly (2 079). Testování této hypotézy v jednotlivých krajích pak nebylo z důvodu nízkého počtu respondentek možné, k dispozici je pouze informativní grafické znázornění, které naznačuje, že je střední délka kojení žen bez předchozí negativní zkušenosti delší než u žen, jež předchozí negativní zkušenost uvedly.

Z těchto žen 11 uvedlo, že již předchozí kojení nebylo úspěšné, nepodařilo se rozkojit, nespustila se laktace či žena měla „špatná prsa“. Čtyři ženy uvedly, že je velmi negativně ovlivnil přístup zdravotnického personálu. Jedna tuto zkušenost označila jako „psychické zdeptání“ ze strany sester a novorozeneckou lékařkou. Další žena uvedla, že již z předchozího kojení věděla po konzultaci s laktiční poradkyní, že kojení nepůjde. Tři ženy uvedly psychické problémy v souvislosti s předchozím kojením, jedna z nich přímo zkušenost s laktiční psychózou a nutností užívání antidepresiv. Další dvě ženy uvedly, že jim kojení bylo nepříjemné.

6.3 Faktory s možným vlivem na zahájení kojení

Podle WHO by pro vyšší úspěšnost při kojení mělo být podporováno jeho zahájení do 1 hodiny od porodu (World Health Organization 2020a). Celosvětově je tomu tak pouze ve 42 % případů (World Health Organization 2018). V tomto vzorku žen z České republiky došlo k zahájení kojení do 1 hodiny od porodu ve 47 % případů.

6.3.1 Způsob a průběh porodu

Jedním ze sledovaných činitelů ovlivňujících včasné zahájení kojení byl způsob porodu. Porod císařským řezem je dle mnoha studií spojován vůči vaginálnímu porodu s prodlevou iniciace kojení (Mydlilová et al. 2008; Tully a Ball 2014; Rollins et al. 2016; Cohen et al. 2018). Tato teze byla potvrzena i u námi sledovaného vzorku žen v České republice. Pokud žena v tomto výzkumu rodila císařským řezem, riziko, že k zahájení kojení dojde později než hodinu od porodu, bylo více než dvojnásobně vyšší než u žen, které rodily vaginálně a v průběhu jejich porodu nenastaly komplikace.

Dalším ze sledovaných faktorů potenciálně ovlivňujících iniciaci kojení byly komplikace při porodu. V literatuře je popisováno, že komplikované porody způsobují prodlevu zahájení kojení a větší potíže při kojení (Ahluwalia et al. 2012; Rollins et al. 2016). U námi sledovaných žen v České republice pak bylo potvrzeno, že přítomnost komplikací při porodu byla spojena s větším rizikem, že nedojde ke včasnému zahájení kojení do 1 hodiny od porodu.

6.3.2 Odloučení matky a novorozence

Posledním ze sledovaných faktorů, které mohou mít vliv na zahájení kojení, bylo odloučení matky a novorozence. Vzájemná blízkost a včasný fyzický kontakt matky s dítětem přináší mimo pozitivního vlivu na kojení nespočet dalších benefitů jak pro matku, tak pro dítě (Thulier a Mercer 2009). Ze sledovaného vzorku žen z České republiky bylo zjištěno, že odloučení matky a dítěte zvyšuje riziko opožděného zahájení kojení téměř dvojnásobně. Dle Moore et al. (2016) je odloučení matky a novorozence po porodu v některých zdravotnických zařízeních běžnou praxí. Toto potvrdilo přes 55 % žen v našem souboru, kterým nebyl po porodu umožněn nepřetržitý kontakt s novorozencem. Více než 26 % z těchto žen uvedlo, že jim odloučení nevadilo, nebo naopak uvítaly možnost nerušeného odpočinku po náročném porodu. Přes 43 % žen uvedlo, že jim odloučení vadilo, a téměř 1 % z nich uvedlo, že pro ně toto odloučení bylo velmi stresující záležitostí, která v nich vyvolává nepříjemnou vzpomínku dodnes. Devět žen uvedlo, že navzdory zákazu personálu chodily z jiného nemocničního oddělení navštěvovat svého potomka, jedna z žen uvedla, že jej potají chodila kojit. Další 5 žen uvedlo, že prvního kontaktu a přiložení s novorozencem se musely domct až křikem.

7 Závěr

Cíl práce byl splněn. V rámci literární rešerše byla popsána problematika kojení s důrazem na jeho význam a popis proměnných, které mohou ovlivňovat iniciaci, průběh nebo celkovou délku kojení. V praktické části byl zjištěn aktuální stav kojení v České republice.

- Hypotéza pojednávající o délce kojení nebyla potvrzena. Ženy kojily déle, než bylo na základě předchozích dat předpokládáno. To se týkalo jak výlučného kojení, tak kojení s dokrmy či příkrmy. Nicméně délka kojení se i přes tato pozitivní zjištění stále pohybovala pod doporučeními Světové zdravotnické organizace. Výlučně po dobu 6 měsíců kojilo necelých 21 % žen. Po dobu 24 měsíců či déle kojilo téměř 23 % žen. Průměrná délka kojení byla 14,9 měsíců. Střední délka (medián) kojení byla 13 měsíců.
- Bylo zjištěno, že přítomnost odborné pomoci při zahajování kojení nebo odborná pomoc v případě obtíží při kojení v rámci celé České republiky statisticky neovlivňovala výslednou délku kojení. Tyto proměnné se v krajích České republiky mírně lišily. V některých z nich byl pozorován pozitivní efekt na výslednou délku kojení. Naopak v Praze byla přítomnost odborné pomoci při zahajování kojení spojována s kratší dobou kojení, což může poukazovat na nedostatečnou odbornost zdravotnického personálu.
- Proměnné, které pozitivně ovlivňovaly délku kojení v rámci celé České republiky byly vyšší věk, vyšší vzdělání a informovanost matek v oblasti kojení. Naopak negativní vliv na výslednou délku kojení v České republice byl potvrzen u kuřaček a žen s předchozí negativní zkušeností s kojením. V rámci jednotlivých krajů se tyto jednotlivé determinanty projevovaly na výsledné délce kojení odlišně.
- U žen, které rodily císařským řezem, podstoupily vaginální porod s komplikacemi nebo jim nebyl umožněn nepřetržitý kontakt s dítětem, existovalo vyšší riziko prodlevy v zahájení kojení. Naopak vaginální porod bez komplikací a nepřetržitý kontakt matky s dítětem po porodu vedly častěji ke včasnému zahájení kojení do 1 hodiny od porodu.

Ze získaných dat vyplývá, že problematika kojení v České republice vyžaduje pozornost. Je nutné edukovat budoucí i stávající matky. Velmi důležitá je rovněž adekvátní odbornost a znalost problematiky kojení lékařů, pediatrů a zdravotnického personálu, kteří dle literatury i komentářů žen v dotazníkovém šetření této práce mohou zásadním způsobem ovlivňovat průběh a délku kojení, zavádění formulí a načasování zavádění příkrmu u mnoha dětí. Jako námět pro další práce se proto nabízí zaměření se na problematiku poskytované zdravotnické péče, kvality a odbornosti informací, které ženám podávají lékaři a jednotliví zdravotničtí pracovníci, včetně laktačních poradkyň. Dále pak problematika doporučení pro zavádění příkrmu, její terminologie, správné pochopení a interpretace odborníky i samotnými kojícími ženami.

8 Literatura

Ahluwalia IB, Li R, Morrow B. 2012. Breastfeeding Practices: Does Method of Delivery Matter? *Maternal and Child Health Journal* **16**:231–237.

Amir LH, Donath S. 2007. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy and Childbirth* **7**:9–22.

Baker JL, Michaelsen KF, Sørensen TIA, Rasmussen KM. 2007. High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women. *American Journal of Clinical Nutrition* **86**:404–411.

Barrera CM, Hamner HC, Perrine CG, Scanlon KS. 2018. Timing of Introduction of Complementary Foods to US Infants, National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2014. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* **118**:464–470.

Bělohávková S et al. 2015. Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat. *Česko-Slovenská Pediatrie* **69**:1–47.

Bolzetta F et al. 2014. Duration of breastfeeding as a risk factor for vertebral fractures. *Bone* **68**:41–45.

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K, Widström A-M. 2009. Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *Birth* **36**:97–109.

Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. U.S. Department of Health & Human Services. Available from <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed May 2020).

Centers for Disease Control and Prevention. 2020a. Substance Use During Pregnancy. Available from https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/substance-abuse/substance-abuse-during-pregnancy.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Freproductivehealth%2Fmaternalinfanthealth%2Ftobaccousepregnancy%2Findex.htm#tobacco (accessed November 2020).

Centers for Disease Control and Prevention. 2020b. Results: Breastfeeding Rates. Available from https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html (accessed April 2021).

Claesson IM, Myrgård M, Wallberg M, Blomberg M. 2019. Pregnant women's intention to breastfeed; their estimated extent and duration of the forthcoming breastfeeding in relation to the actual breastfeeding in the first year postpartum—A Swedish cohort study. *Midwifery* **76**:102–109.

Cohen SS et al. 2018. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatrics* **203**:190–196.

Černá M, Kollárová J. 2015. Laktační minimum pro pediatrii. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Praha.

Český statistický úřad. 2020. Počet obyvatel v obcích - k 1.1.2020. Available from <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-k-112019> (accessed November 2020).

Davanzo R. 2018. Controversies in breastfeeding. *Frontiers in Pediatrics* **6**:278–285.

- Di Manno L, Macdonald JA, Knight T. 2015. The intergenerational continuity of breastfeeding intention, initiation, and duration: A systematic review. *Birth* **42**:5–15.
- Dieterich CM, Felice JP, O’Sullivan E, Rasmussen KM. 2013. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatric Clinics of North America* **60**:31–48.
- Dodwell M. 2010. The effects of postnatal separation on mother-infant interaction. *New Digest* **49**.
- Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, Magris M, Hidalgo G, Fierer N, Knight R. 2010. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* **107**:11971–11975.
- Feng R, Li W, Yu B, Zhou Y. 2019. A Modified Inverted Nipple Correction Technique That Preserves Breastfeeding. *Aesthetic Surgery Journal* **39**:165–175.
- Fewtrell M et al. 2017. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* **64**:119–132.
- Franco P, Kato I, Richardson HL, Yang JSC, Montemitro E, Horne RSC. 2010. Arousal from sleep mechanisms in infants. *Sleep Medicine* **11**:603–614.
- Fu I, Fong D, Heys M, Lee I, Sham A, Tarrant M. 2014. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* **121**:1673–1683.
- Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS. 2006. Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. *BMC public health* **6**:195–202.
- Gregora M, Paulová M. 2011. *Péče o novorozence a kojence: Maminčin domácí lékař*. Grada Publishing, a.s., Praha.
- Guelinckx I, Devlieger R, Bogaerts A, Pauwels S, Vansant G. 2012. The effect of pre-pregnancy BMI on intention, initiation and duration of breast-feeding. *Public Health Nutrition* **15**:840–848.
- Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. 2009. Juggling work and breastfeeding: Effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* **123**:38–46.
- Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. 2016. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth* **16**:1–9.
- Horne RSC, Parslow PM, Harding R. 2004. Respiratory control and arousal in sleeping infants. *Paediatric Respiratory Reviews* **5**:190–198.
- Horta BL, Victora CG. 2013. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization.
- Chen CN, Yu HC, Chou AK. 2020. Association between maternal pre-pregnancy body mass index and breastfeeding duration in Taiwan: A population-based cohort study. *Nutrients* **12**:1–11.
- Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. 2015. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* **104**:96–113.

Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. 2015. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* **104**:96–113.

Inal S, Aydin Y, Canbulat N. 2016. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital in Istanbul. *Applied Nursing Research* **32**:26–29.

Ivarsson A et al. 2013. Prevalence of childhood celiac disease and changes in infant feeding. *Pediatrics* **131**:687–694.

Knip M, Virtanen SM, Åkerblom HK. 2010. Infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *American Journal of Clinical Nutrition* **91**:1506–1513.

Krawczyk A, Lewis MG, Venkatesh BT, Nair SN. 2016. Effect of Exclusive Breastfeeding on Rotavirus Infection among Children. *Indian Journal of Pediatrics* **83**:220–225.

Kronborg H, Vaeth M, Væth M. 2009. How Are Effective Breastfeeding Technique and Pacifier Use Related to Breastfeeding Problems and Breastfeeding Duration? *Birth* **36**:34–42.

Laktační Liga. 2013. Kojení v ČR. Available from <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/kojenic/> (accessed April 2021).

Laktační Liga. 2015. Úvod. Available from <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/kodex/uvod-kodex-2015/> (accessed January 2021).

Laktační liga. 2016. Metodická doporučení pro ČR. Available from <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/doporuceni/> (accessed May 2020).

Laktační Liga. 2018. 10 kroků k úspěšnému kojení WHO-UNICEF (revize 2018). Available from <http://www.kojeni.cz/novinky/10-kroku-k-uspesnemu-kojeni-who-unicef-revize-2018/> (accessed December 2020).

Lau CYK, Lok KYW, Tarrant M. 2018. Breastfeeding Duration and the Theory of Planned Behavior and Breastfeeding Self-Efficacy Framework: A Systematic Review of Observational Studies. *Maternal and Child Health Journal* **22**:327–342.

MAMILA. 2020. Dojčenie (kojenie): Príkrmy a imunologické okno. Available from <https://www.mamila.sk/sk/pre-matky/dojcenie-a/prikrmu-a-imunologicke-okno/> (accessed February 2021).

Mangel L, Mimouni FB, Mandel D, Mordechaev N, Marom R. 2019. Breastfeeding Difficulties, Breastfeeding Duration, Maternal Body Mass Index, and Breast Anatomy: Are They Related? *Breastfeeding Medicine* **14**:342–346.

Marshall NE, Lau B, Purnell JQ, Thornburg KL. 2019. Impact of maternal obesity and breastfeeding intention on lactation intensity and duration. *Maternal and Child Nutrition* **2**:12732–12752.

Mcfadden A et al. 2017. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2013. Doporučení k zavádění komplementární výživy (příkrmu) u kojenců. Available from http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/doporuceni-k-zavadeni-komplementarni-vyzivyprikrmu-u-kojencu_7542_1154_3.html (accessed April 2020).

Mobbs EJ, Mobbs GA, Mobbs AED. 2016. Imprinting, latchment and displacement: A mini review of early instinctual behaviour in newborn infants influencing breastfeeding success. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* **1**:4–30.

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. 2016. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Mydlilová A, Šípek A, Wiesnerová J. 2008. Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004 v ČR. *Česko-slovenská pediatrie* **63**:182–191.

Mydlilová A. 2019. Národní týden kojení 16.-22.9.2019, Tisková zpráva. Národní laktační centrum/Laktační liga, Praha.

Mydlilová A. 2020. Kojení: Inteligentní investice. Available from <http://www.kojeni.cz/novinky/kojeni-inteligentni-investice-2/> (accessed January 2021).

Národní zdravotnický informační portál. 2020. O kojení úvodem a jak dlouho kojit. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Available from <https://www.nzip.cz> (accessed April 2020).

Neifert MR. 2001. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric Clinics of North America* **48**:273–297.

Neto ET dos S, Zandonade E, Emmerich AO. 2013. Modelos de análise dos fatores associados à duração do aleitamento materno. *Revista Paulista de Pediatria* **31**:306–314.

Neubauer J, Sedláček M, Kříž O. 2012. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. Grada Publishing, a.s., Praha.

Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, Silburn SR, Zubrick SR, Landau LI, Stanley FJ. 2010. The Long-Term Effects of Breastfeeding on Child and Adolescent Mental Health: A Pregnancy Cohort Study Followed for 14 Years. *Journal of Pediatrics* **156**:568–574.

Odoi A, Andrew S, Wong FY, Yiallourou SR, Horne RSC. 2014. Pacifier use does not alter sleep and spontaneous arousal patterns in healthy term-born infants. *Acta Paediatrica* **103**:1244–1250.

Orün E, Yalçın SS, Madendağ Y, Ustünyurt-Eras Z, Kutluk S, Yurdakök K. (b.r.). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish journal of pediatrics* **52**:10–6.

Ransjö-Arvidson A-B, Matthiesen A-S, Lilja G, Nissen E, Widstrom A-M, Uvnäs-Moberg K. 2001. Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth (Berkeley, Calif.)* **28**:5–12.

Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. 2014. Breastfeeding Duration: A Survival Analysis-Data from a Regional Immunization Survey. *BioMed Research International* **2014**:1–8.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* **387**:491–504.

Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. 2015. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* **104**:114–135.

Susiloretni KA, Hadi H, Blakstad MM, Smith ER, Shankar AH. 2019. Does exclusive breastfeeding relate to the longer duration of breastfeeding? A prospective cohort study. *Midwifery* **69**:163–171.

Theurich MA et al. 2019. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* **68**:400–407.

Thompson LA, Zhang S, Black E, Das R, Ryngaert M, Sullivan S, Roth J. 2013. The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Maternal and Child Health Journal* **17**:1842–1851.

Thulier D, Mercer J. 2009. Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* **38**:259–268.

Tiruye G, Mesfin F, Geda B, Shiferaw K. 2018. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. *International Breastfeeding Journal*.

Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. 2006. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal* **1**:1–7.

Tully KP, Ball HL. 2014. Maternal accounts of their breast-feeding intent and early challenges after caesarean childbirth. *Midwifery* **30**:712–719.

Turcksin R, Bel S, Galjaard S, Devlieger R. 2014. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition* **10**:166–183.

ÚZIS ČR. 2012. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2011. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha.

ÚZIS ČR. 2017. 2.7.20 Podíl kojených novorozenců podle celkové délky kojení. Available from <https://reporting.uzis.cz/vys/index.php?pg=statisticke-vystupy--ukazatele-zdravotniho-stavu--indikatory-echi--podil-kojenych-novorozencu-podle-celkove-delky-kojeni®ion=cr&year=2017> (accessed May 2020).

Victora CG et al. 2016. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* **387**:475–490.

Wang L, Van Grieken A, Van Der Velde LA, Vlasblom E, Beltman M, L'Hoir MP, Boere-Boonekamp MM, Raat H. 2019. Factors associated with early introduction of complementary feeding and consumption of non-recommended foods among Dutch infants: The BeeBOFT study. *BMC Public Health* **19**:388–399.

Winkvist A, Brantsæter AL, Brandhagen M, Haugen M, Meltzer HM, Lissner L. 2015. Maternal Prepregnant Body Mass Index and Gestational Weight Gain Are Associated with Initiation and Duration of Breastfeeding among Norwegian Mothers. *The Journal of Nutrition* **145**:1263–1270.

World Health Organization. 2020. Infant and young child feeding. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (accessed December 2020).

World Health Organization. 2017. Guideline: protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. 2018. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. 2020a. Breastfeeding. Available from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1 (accessed April 2020).

World Health Organization. 2020b. World Breastfeeding Week 2020 Message. Available from <https://www.who.int/news/item/31-07-2020-world-breastfeeding-week-2020-message> (accessed December 2020).

World Health Organization. 2020c. % of Infants Breastfed At Age 6 Months. Available from https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_616-7260-of-infants-breastfed-at-age-6-months/visualizations/#id=19721&tab=notes (accessed April 2021).

9 Seznam použitých zkratek a symbolů

MM	mateřské mléko
WHO	Světová zdravotnická organizace
ESPGHAN	Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu
SACN	Britské poradní vědecké komise pro výživu
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
UNICEF	Dětský fond organizace spojených národů
UM	náhradní mléčná kojenecká výživa (formule, komplementární výživa)
SIDS	Syndrom náhlého úmrtí kojence
BMI	index tělesné hmotnosti
KVO	kardiovaskulární onemocnění
WHA	Světové zdravotnické shromáždění
BFHI	Baby-friendly hospital initiative (Iniciativa Nemocnice přátelské dětem)

10 Samostatné přílohy

Příloha 1 Dotazník k diplomové práci

Kojení v České republice

Dobrý den, jmenuji se Jana Pekrová a v rámci diplomové práce na České Zemědělské univerzitě v Praze se zabývám problematikou kojení v České republice.

Pokud jste žena, která má za sebou alespoň jedno jakkoli dlouhé ukončené kojení, jste to právě Vy, komu je tento krátký dotazník určen.

Vyplnění dotazníku zabere 5-15 minut Vašeho času.

V dotazníku jsou jak otázky na porod, tak na samotný průběh kojení Vašeho dítěte.

Na hraně stránky je vodorovný modrý proužek, který znázorňuje, jak jste daleko ve vyplňování dotazníku.

V pravém dolním rohu stránky jsou šipky, kterými se v dotazníku pohybujete vpřed a zpět.

Dotazník je zcela anonymní.

Následující dotazník se týká posledního dokojeného dítěte. Nebo dítěte, u kterého se nepodařilo kojit vůbec. Pokud ale nemáte ani jedno ukončené kojení a stále kojíte, pak se Vás dotazník netýká.

1. Kolik máte dětí? (Vyberte jednu odpověď)

1 → otázka 7

2

3 → otázka 3

4 → otázka 3

Více → otázka 3

2. Jsou Vaše děti z vícečetného těhotenství? (Vyberte jednu odpověď)

Ano → otázka 6

Ne → otázka 7

3. Jsou některé Vaše děti z vícečetného těhotenství? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

4. Jsou tyto vícečetné děti z posledního porodu? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

5. Uveďte prosím, zda se jedná o: (Vyberte jednu odpověď)

Dvojčata

Trojčata

Jiná

6. Dotazník je primárně formulovaný pro jednočetně narozené děti. Pokud budete vyplňovat dotazník pro tyto děti. Vyplňujte jej prosím tak, jako by se jednalo o jedno dítě, a případné odlišnosti napište do kolonky „Jiná...“

Ne

Ne

7. V jakém roce se narodilo Vaše nejmladší dítě, které už v současné době není kojeno?
Pokud dotazník vyplňujete opakovaně, pak dítě narozené před tímto dítětem.

8. Proběhl porod v termínu, tedy mezi 38. a 42. týdnem těhotenství? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

Ne

9. V kolikátém týdnu těhotenství se tedy dítě narodilo?

10. Jakým způsobem probíhal porod? (Vyberte jednu odpověď)

Přirozený porod bez komplikací

Přirozený porod s komplikacemi (např. vyvolaný porod, komplikovaná poloha dítěte, podání analgetik aj.)

11. O jaké komplikace se jednalo? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Porod koncem pánevním/zadní poloha (porod neproběhl
hlavičkou napřed)

Vyvolaný porod hormonálně nebo mechanicky

Klešťový porod/porod vakuumextrakcí (vexem)

Nastřížení hráze

Natržení hráze

Podání analgetik pro zmírnění bolesti

Podání lokální anestezie

Podání celkové anestezie

Jiná

Porod císařským řezem

12. Z jakého důvodu byl zvolen porod císařským řezem? Byl císařský řez plánovaný?

13. Po jak dlouhé době od porodu Vám bylo dítě přiloženo na tělo? (Vyberte jednu odpověď)

Okamžitě

Do 30 minut

Mezi 30 minutami a 1. hodinou po porodu

Mezi 1. a 2. hodinou po porodu

Později

14. Dokážete říct, z jakého důvodu bylo dítě přiloženo později a po jak dlouhé době to bylo?

Jiná

15. Kdy se dítě poprvé přisálo? (Vyberte jednu odpověď)

Do 1 hodiny po porodu

Mezi 1. a 2. hodinou po porodu
Během prvních 24 hodin po porodu
Později

16. Dokážete říct, z jakého důvodu se dítě přisálo později a po jak dlouhé době od porodu to bylo?

Jiná

17. Byla vám poskytnuta odborná pomoc při zahajování kojení? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

Ne

18. Dokážete říct, z jakého důvodu Vám nebyla poskytnuta pomoc při zahajování kojení?

Jiná

19. Byli jste po porodu společně s dítětem neustále v jedné místnosti? (Kromě zcela nezbytných a neodkladných vyšetření – popř. uveďte.) (Vyberte jednu odpověď)

Ano

Ne

20. Dokážete říct, z jakého důvodu jste nebyli po porodu neustále spolu a zda Vám odloučení vadilo?

Jiná

21. Vyhledávala jste si informace o kojení ještě před porodem? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

22. Kde jste informace čerpala? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Předporodní kurz

Literatura

Rodina

Laktační poradce

Lékař

Kamarádky

Internet

Jiná

Ne, měla jsem dostatek informací

23. Kde jste informace získala? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Z předchozího kojení

Literatura

Rodina

Kamarádky

Internet

Jiná

Ne

24. Dokážete říct, z jakého důvodu?

25. Kolik měsíců jste dítě celkově kojila až do úplného odstavení (případně jste dítěti podávala mateřské mléko, např. pomocí odsávání)?

26. Jste spokojená s touto délkou kojení (podávání mateřského mléka)? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

Ne

27. Z jakého důvodu nejste spokojená s touto délkou?

Jiná

28. Dostávalo dítě kromě mateřského mléka i kojenecké mléko (umělou výživu)? (Vyberte jednu odpověď)

Ano

29. Kdy jste začala a jak dlouho jste podávala dítěti kojenecké mléko (umělou výživu)?

30. Z jakého důvodu jste začala podávat kojenecké mléko (umělou výživu)? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Málo mléka

Dítě dostatečně nepřibíralo na váze

Léky/nemoc

Problémy s přísátím

Bolest při kojení/dítě při kojení kousalo

Zánět prsu

Problémy s bradavkami

Dítě v inkubátoru

Dítě u kojení usínalo

Dítě bylo u kojení neklidné, plakalo

Nedostatek času

Starost o další dítě

Další těhotenství

Návrat do práce

Negativní zkušenost s předchozím kojením

Chtěla jsem zredukovat hmotnost po porodu

Kouření

Alkohol

Návykové látky

Jiná

Ne

31. V kolikátém měsíci jste dítěti začala podávat příkrmy (ne náhradní mléko, ale běžnou stravu)?

32. Jaký jste měla průběh kojení? (Vyberte jednu odpověď)

Kojila jsem bez problémů (V průběhu celého kojení nenastaly žádné komplikace). → otázka 45

Potýkala jsem se s určitými obtížemi

33. O jaké problémy se jednalo? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Problémy s přísátím

Bolest při kojení/dítě při kojení kousalo

Málo mléka

Zánět prsu

Problémy s bradavkami

Nalitá prsa

Dítě u kojení usínalo

Dítě bylo u kojení neklidné, plakalo

Léky/nemoc

Jiná

34. Odsávala jste po nějakou dobu mateřské mléko?

Ano

35. Kdy jste začala odsávat a jak dlouho odsávání trvalo?

Ne

36. Hledala jste pomoc při problémech v kojení?

Ano

37. Na koho jste se obracela?
(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Laktační poradce
Porodní asistentka
Lékař
Rodina
Kamarádka
Internet
Literatura
Jiná

38. Byly Vaše problémy vyřešeny?

Ano

Ne

Jiná

Ne

39. Dokážete říct, z jakého důvodu?

Nezačala jsem kojit → otázka 47

40. Z jakého důvodu jste nezačala kojit? (Vyberte jednu odpověď)

Nechtěla/nemohla jsem kojit

41. Můžete napsat, zda jste nechtěla či nemohla a proč?

Měla jsem problémy s kojením

42. O jaké problémy se jednalo?

43. Hledala jste pomoc při problémech v kojení?
(Vyberte jednu odpověď)

Ano

44. Na koho jste se obracela? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Porodní asistentka
Laktační poradce
Lékař
Rodina
Kamarádka
Internet
Literatura
Jiná

Ne

45. Dokážete říct, z jakého důvodu jste pomoc nevyhledala?

46. Co Vás vedlo k ukončení kojení? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Dítě se samo odstavilo
- Doba kojení už byla dostatečně dlouhá
- Problémy s přisátím
- Bolest při kojení/dítě při kojení kousalo
- Málo mléka
- Zánět prsu
- Problémy s bradavkami
- Nalítá prsa
- Dítě u kojení usínalo
- Dítě bylo u kojení neklidné, plakalo
- Necítila jsem se dobře, byla jsem ve stresu
- Léky/nemoc
- Nátlak okolí
- Nedostatek času
- Starost o další dítě
- Další těhotenství
- Návrat do práce
- Negativní zkušenost s předchozím kojením
- Chtěla jsem zredukovat hmotnost po porodu
- Kouření
- Alkohol
- Návykové látky
- Jiná

47. Kouření v období kolem těhotenství a kojení (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Nekuřačka
- Kouřila jsem před otěhotněním
- Přestala jsem kouřit, jakmile jsem se dozvěděla, že jsem těhotná
- Kouřila jsem během těhotenství
- Kouřila jsem v průběhu kojení
- Kouřila jsem po ukončení kojení
- Jiná

48. V jakém kraji jste žila v době těhotenství a kojení? (Vyberte jednu odpověď)

- Praha → otázka 50
- Středočeský
- Jihočeský
- Plzeňský
- Karlovarský
- Ústecký
- Liberecký
- Královéhradecký
- Pardubický
- Vysočina
- Jihomoravský
- Olomoucký
- Zlínský
- Moravskoslezský

V těchto obdobích jsem se stěhovala – napište prosím délku pobytu v jednotlivých krajích

49. V jak velkém typu obce/města jste žila v době těhotenství a kojení? (Vyberte jednu odpověď)

Obec do 2 000 obyvatel

Obec od 2 000 do 10 000 obyvatel

Obec od 10 000 do 50 000 obyvatel

Město nad 50 000 obyvatel

V těchto obdobích jsem se stěhovala – napište prosím délku pobytu v jednotlivých obcích/městech

50. Jaké jste v době kojení dítěte měla nejvyšší dokončené vzdělání? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

Žádné

Základní

Střední škola s výučním listem

Střední škola s maturitou

Vyšší odborná škola

Vysoká škola - bakalářský stupeň

Vysoká škola - magisterský stupeň

Vysoká škola - doktorský stupeň

V době kojení jsem studovala (zároveň prosím označte nejvyšší dokončené vzdělání)

51. Partnerský stav v době kojení (Vyberte jednu odpověď)

Vdaná

V partnerském soužití

Svobodná

Rozvedená

Vdova

Jiná

52. Pokud máte pocit, že se během Vašeho těhotenství, porodu či kojení odehrálo cokoli, co hodnotíte jako podstatné, můžete stručně popsat.

53. V případě, že máte více dětí, jste ochotna vyplnit dotazník i pro další dítě?

Ano

54. Pokud jste ochotna vyplnit dotazník i pro další dítě, vyplňte prosím tento dotazník až do konce a pro další dítě vyplňte dotazník nový. Mělo by se jednat o dítě narozené před tímto dítětem.

Dolů do odpovědi napište jakékoli slovo a číslo, kterým Vás bude možno spojit s dalším vyplněným dotazníkem, ve kterém tuto kombinaci napíšete znovu.

Kombinaci si prosím poznamenejte, ať ji nezapomenete a můžete ji na konci dalšího dotazníku vyplnit. (Napište libovolné slovo a číslo, kterým Vás bude možné identifikovat)

Ne, nechci, nebo nemám více dětí

Dotazník vyplňuji opakovaně a chci zadat zapamatované slovo a číslo

55. Zadejte zapamatované slovo a číslo.) → konec dotazníku

56. Víte, jaká je oficiální doporučená doba kojení? (Vyberte jednu odpověď)
- Ideální doba samotného kojení je 4 měsíce s následným kojením s příkrmy do 6 měsíců či déle
 - Ideální doba samotného kojení je 6 měsíců s následným kojením s příkrmy do 1 roku či déle
 - Ideální doba samotného kojení je 6 měsíců s následným kojením s příkrmy do 2 let či déle
 - Ideální doba samotného kojení je 10 měsíců s následným kojením s příkrmy do 3 let či déle
 - Neexistuje žádné oficiální doporučení
 - Nevím
 - Ani jedna odpověď není správně – napište Vaši odpověď
57. Označte, s čím se ztotožňujete. (Vyberte jednu nebo více odpovědí)
- V případě komplikací s kojením je vhodné vyhledat odbornou pomoc
 - Po 6. měsíci již není kojení důležité, dítěti mohu podat kojenecké mléko
 - Pokud po třech měsících nastanou problémy s kojením, je nezbytné dítěti podat kojenecké mléko
 - Než podám místo mateřského mléka dítěti kojeneckou výživu, měla bych se poradit s odborníkem
 - Při zahajování kojení je důležité mít správnou techniku kojení
 - Pokud vyberu vhodné kojenecké mléko, můžu přestat kojit již ve 4. měsíci
 - S ničím se neztotožňuji
58. Kolik je Vám let?

Dotazník je u konce.

Pro dokončení klikněte prosím na tlačítko „Odeslat“.

Děkuji Vám za Váš čas strávený nad tímto dotazníkem.

Přeji pěkný den. :)