

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Bc. Lenka Turoňová

**Nástup laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským
řezem**

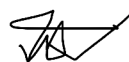
Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 22. června 2022



.....

Bc. Lenka Turoňová

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Yvetě Vrublové, Ph.D., za její cenné rady a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky. V neposlední řadě děkuji také všem respondentkám, které mi poskytly potřebné informace pro zdárné vypracování mé diplomové práce. Také děkuji paní Mgr. Ivaně Petříkové za zpracování statistických údajů v praktické části této diplomové práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Nástup laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem

Název práce v AJ: Onset of lactation after vaginal delivery and cesarean delivery

Datum zadání: 2021-01-31

Datum odevzdání: 2022-06-22

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Lenka Turoňová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Svancarová Kateřina

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Diplomová práce se zabývá tematikou nástupu laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Zkoumá faktory a rozdíly, které nástup laktace ovlivňují, a srovnává nástup laktace u vybraných žen.

Cíl: Cílem diplomové práce bylo zjistit rozdíly laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem, včetně faktorů, které na nástup laktace působí a zároveň ji ovlivňují.

Metodika: Výzkum byl proveden v nemocnici ve Frýdku-Místku na gynekologicko-porodnickém oddělení. Pro sběr dat byl zvolen nestandardizovaný dotazník, který byl předem schválen etickou komisí Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník byl rozdán všem ženám po porodu na oddělení šestinedělí v průběhu období trvání výzkumu. Ženy dotazník vyplnily a odevzdaly při odchodu z porodnice na místo tomu určené. Dotazníky byly anonymní.

Výsledek: U prvního dílčího cíle byla potvrzená alternativní hypotéza, že doba prvního přiložení dítěte metodou skin to skin je u žen po vaginálním porodu kratší, než je u žen po císařském řezu. U druhého dílčího cíle nebyla vyvrácená nulová hypotéza, že nástup laktace u žen, jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem není závislý na věku matky. U třetího dílčího cíle také nebyla vyvrácená nulová hypotéza, že parita ženy nemá vliv na vývoj

laktace jak u ženy po vaginálním porodu ani u žen po porodu císařským řezem. U posledního dílčího cíle se ukázalo, že nulová hypotéza, jež říká, že relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je stejná jak po vaginálním porodu, tak po porodu císařským řezem, také nebyla vyvrácena.

Abstrakt v AJ:

Introduction: The diploma thesis deals with the topic of lactation onset after vaginal delivery and after delivery by caesarean section. It examines the factors and differences that affect the onset of lactation and compares the onset of lactation in selected women.

Aims: The aim of the diploma thesis was to determine the differences between lactation after vaginal delivery and after caesarean section, including the factors that affect the onset of lactation and at the same time affect them.

Methodology: The research was carried out in the hospital in Frýdek-Místek at the gynecology and obstetrics department. A non-standardized questionnaire was chosen for data collection, which was approved in advance by the ethics committee of Palacký University in Olomouc. The questionnaire was distributed to all postpartum women on the puerperium during the research period. The women filled in the questionnaire and handed it in at the designated place when leaving the maternity hospital. The questionnaires were anonymous

Results: For the first sub-objective, the alternative hypothesis was confirmed that the time of the first placement of the child by the skin to skin method is shorter in women after vaginal birth than in women after caesarean section. For the second sub-objective, the null hypothesis that the onset of lactation in women after both vaginal and caesarean delivery is not dependent on the mother's age was not refuted. The third sub-objective also did not refute the null hypothesis that female parity does not affect the development of lactation in both postpartum and caesarean postpartum women. For the last sub-target, it turned out that the null hypothesis that the relative proportion of women who try multiple positions during breastfeeding is the same after both vaginal and caesarean delivery was also not refuted.

Klíčová slova v češtině: rodička, laktace, prs, porod, mateřské mléko, císařský řez, vaginální porod

Klíčová slova v angličtině: woman in labour, lactation, mamma, delivery, breast milk, Caesarean section, vaginal delivery

Rozsah: 95 stran / 5 příloh

OBSAH

ÚVOD	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	10
2 MLÉČNÁ ŽLÁZA (GLANDULA MAMMARIA)	12
3 POROD	13
3.1 Klasifikace porodu	13
3.2 Vaginální porod	14
3.2.1 Péče o ženy po vaginálním porodu.....	15
3.3 Porod císařským řezem	16
3.3.1 Porodnická anestezie a analgezie	18
3.3.2 Rizika spojená s císařským řezem	20
3.3.3 Péče o ženy po porodu císařským řezem na jednotce intenzivní péče	20
4 LAKTACE	25
4.1 Vývoj laktace	26
4.1.1 Faktory ovlivňující vývoj laktace	27
4.2 Problémy při kojení	31
4.3 Poruchy vývoje laktace	31
4.4 Zástava laktace.....	32
4.5 Mateřské mléko.....	33
4.5.1 Druhy mateřského mléka.....	34
4.6 Výhody laktace pro ženu	35
4.7 Výhody laktace pro novorozence	36
5 METODIKA VÝZKUMU	38
5.1 Výzkumný problém	38
5.2 Výzkumné cíle a hypotézy	38
5.3 Charakteristika souboru	39
5.4 Metoda sběru dat.....	40
5.5 Realizace výzkumu	40
5.6 Zpracování dat	41
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	42
6.1 Statistické hodnocení dotazníků	42

6.2	Analýza hypotéz	59
7	DISKUZE.....	71
	ZÁVĚR	76
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	78
	SEZNAM TABULEK	82
	SEZNAM GRAFŮ.....	84
	SEZNAM PŘÍLOH	86
	PŘÍLOHY	87

ÚVOD

Porodnictví je bráno jako jedno z nejstarších ženských povolání. Této oblasti se věnovaly ženy již od dávnověku, a jak plynul čas, tak se z obyčejných žen, které měly zkušenosti pouze ze svých vlastních porodů, staly profesionální a odborné porodní asistentky, které se dnes zaměřují na nejmodernější techniku a metody, kterými se snaží ženě poskytnout tu nejlepší a nejmodernější péči. Již v dávných dobách porodní báby a rodící ženy věděly, že kojení je pro novorozence velice důležité a pozitiva převažují nad negativy. O správný nástup laktace a metodách kojení se tradovalo mnoho informací a ženy si je předávaly z generace na generaci. V minulosti neexistovalo umělé mateřské mléko, a tak jediná možnost výživy novorozence byla kojení. Když ženy neměly to štěstí kojít, tak jim mateřské mléko poskytovaly ostatní kojící matky. (Slezáková, 2017, s. 8)

S postupem času se na trhu objevila umělá mléka, která dokážou nahradit mateřské mléko. Nicméně všichni ví, že mateřské mléko je pro novorozence tou nejlepší volbou, a proto se vydalo mnoho knih a brožur pro rodičky. Nástup laktace je však u žen velice individuální a záleží na mnoha faktorech. Faktory mohou být způsob porodu, věk rodičky, tělesná konstituce rodičky, váha novorozence a mnoho dalšího. (Dort, Dortová, Jehlička, 2018, s. 25)

Jelikož je v dnešní době kojení opravdu hodně diskutované téma, jak mezi odborníky, tak mezi rodičkami, rozhodla jsem se provést výzkum, kde jsem se zaměřila na nástup laktace po vaginálním porodu a porodu císařským řezem. Sledovala jsem faktory, které nástup laktace ovlivňují, a jak se nástup laktace liší po různých metodách porodu. Cílem diplomové práce bylo zjistit faktory, které nástup laktace ovlivňují a zjistit její odlišnosti po vaginálním porodu a porodu císařským řezem. Výzkum byl proveden v nemocnici ve Frýdku-Místku na oddělení šestinedělí.

Použitá studijní literatura

1. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 2. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 512 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
2. DORT, J., DORTOVÁ, E. a JEHLIČKA, P., 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum., 116 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
3. GASKIN, I., M., 2011. *Průvodce kojením*. Praha: Argo., 342 s. ISBN 978-80-257-0483-7.
4. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
5. ODOT, M., 2016. *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat*. Přeložila Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea., 180 s. ISBN 978-80-7500-227-3.
6. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
7. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
8. ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*, vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 590 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

V následujícím textu je popsána rešeršní činnost, podle které došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této diplomové práce.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: laktace, nástup laktace, výhody laktace, mateřské mléko, pohlavní hormony, porod, porod císařským řezem, vaginální porod, prs, ženské pohlavní orgány, mléčná žláza, kojení, polohy při kojení, tvorba mateřského mléka, kojící pomůcky, výživové doplňky pro rozvoj laktace

Klíčová slova v AJ: mamma, breast-feeding, lactation, delivery, Caesarean section, vaginal delivery, mammary gland, breast, breast milk, female genitalia

Jazyk: čeština, angličtina, slovenština

Období: 2009–2021



DATABÁZE:

EBSCO, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE, BIBLIOGRAPHIA MEDICA ČECHOSLOVACA, MEDVI



Nalezeno 100 článků.



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Duplicitní články

Kvalifikační práce

Články, které nesplnily kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO: 4

GOOGLE SCHOLAR: 10

MEDLINE: 5

BIBLIOGRAPHIA MEDICA ČECHOSLOVACA: 2

MEDVIK: 2



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

Anesteziologie a intenzivní medicína – 1 článek
Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition – 1 článek
Breastfeeding medicine – 1 článek
Česko-slovenská pediatrie – 1 článek
E-psychologie – 1 článek
Farmi News – 1 článek
Ginekologia Polska – 1 článek
Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology – 1 článek
Journal of Human Lactation – 1 článek
Journal of Midwifery & Women's Health – 1 článek
Journal of Nursing Research – 1 článek
Maternal and Child Health Journal – 1 článek
Moderní gynekologie a porodnictví – 2 články
Pediatrie pro praxi – 4 články
Postgraduální medicína – 1 článek
Praktický lékař – 1 článek
Profese on-line – 1 článek
Revista de Saúde Pública – 1 článek
Zdravotnictví a medicína – 1 článek



Ke tvorbě diplomové práce bylo použito 23 dohledaných článků a 17 knih.

2 MLÉČNÁ ŽLÁZA (GLANDULA MAMMARIA)

Tato žláza je považována za největší kožní žlázu lidského těla. Žláza se zakládá již během fetálního období, a to u obou pohlaví v oblasti mléčné lišty, která vede směrem od axily k inguině. (Hájek, 2014, s. 21) Přesněji se mléčná žláza zakládá již v 6. týdnu vývoje zárodku jako epithelový čep neboli epithelový pupen, který se zanořuje do koria. Čep se do 10. týdne vývoje zvětšuje a v tomto týdnu dochází k jeho větvení. Ve 12. týdnu vzniká čep sekundární, který se postupně prodlužuje. Poté dochází ke vzniku žlázových alveol a mlékovodů. Vývoj žláz pokračuje převážně až během gravidity (Čihák, 2016, s. 651)

Mléčná žláza se skládá z 15–20 laloků neboli lobi glandulae mammae, které jsou ve tvaru kyjovitém. Je tak zvanou tuboalveolární žlázou a jak už bylo řečeno, tak alveolární část žlázy se vyvíjí až během gravidity. Laloky jsou umístěny v tuhém vazivu a tvoří corpus mammae. Na každém laloku se nachází mlékovod (Hájek, 2014, s. 21).

Během těhotenství se mléčná žláza začne vyvíjet v důsledku působení ženských pohlavních hormonů a prolaktinu. Vrchol vývinu je koncem gravidity a poté během období kojení. Na konci těhotenství nebo těsně po porodu začínají žlázy tvořit mlezivo neboli kolostrum, které se po pár dnech přemění na mateřské mléko. Po přerušení kojení se činnost mléčných žláz opět redukuje a ustává (Hájek, 2014, s. 22).

Hmotnost mléčné žlázy se pohybuje okolo 130–200 gramů, ale v období laktace se její hmotnost zvyšuje až na 500 gramů (Roztočil, 2017, s. 80).

3 POROD

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupeční, plodová voda, plodové obaly) porožením z organismu matky.“ (Roztočil, 2020, s. 110). Poroženým plodem je myšlen novorozenec, který jeví známky života nebo také novorozenec, který po narození nejeví známky života, ale jeho porodní hmotnost je vyšší než 1 000 g. Jako známky života u novorozence bereme aktivní pohyb svalstva, pulzaci pupečníku, dýchací pohyby a srdeční akci. Pokud novorozenec nespĺňuje po porodu tyto parametry, hovoříme tedy o potratu. Pokud je hmotnost novorozence vyšší než 500 g, tak se v tomto případě jedná o novorozence pouze v případě, že se u něj objevuje alespoň jedna známka života po dobu 24 hodin. (Roztočil, 2020, s. 110)

3.1 Klasifikace porodu

Porod můžeme klasifikovat do 4 skupin, dle ukončeného týdne těhotenství. Pokud se jedná o porod před ukončeným 37. týdnem těhotenství, nazýváme tento porod jako **předčasný porod**. (Roztočil, 2020, s. 110) Stanovení termínu porodu podle poslední menstruace je však často nepřesné a musíme brát v úvahu také posun koncepční ovulace, přidalo se tedy další kritérium pro stanovení předčasného porodu, a to porod nezralého plodu s porodní hmotností menší než 2 500 g. (Hájek, 2014, s. 175). Pokud k porodu dojde mezi 38. a 40. týdnem těhotenství jedná se o **porod v termínu**. O **potermínový porod** se jedná, pokud k porodu dojde po 40. a 42. týdnu těhotenství. A jako poslední je porod po 42. týdnu těhotenství, kdy již hovoříme o patologii, a jedná se o **přenášení**. (Roztočil, 2020, s. 110)

Dále lze porod klasifikovat podle jeho průběhu. O **samovolný (spontánní) porod** se jedná, jestliže nástup porodu byl na podkladě přirozených vyvolávacích mechanismů a obešel se bez zásahu porodníka. **Medikamentózní porod** je ten, kdy nedošlo k přirozenému nástupu porodní činnosti a muselo dojít k aplikaci medikamentózních přípravků, a to zvláště ke koordinaci děložní činnosti. O **indukovaném porodu** hovoříme tehdy, když je porod vyvolán aplikací uterokinetických preparátů. Další skupinou je **operativní porod**, kdy musí být těhotenství ukončeno nebo urychleno z důvodu ohrožení plodu či zdraví matky. Do této skupiny patří porody ukončované jak instrumentálně vaginální cestou, tak i abdominální cestou. (Roztočil, 2020, s. 111)

V neposlední řadě zde máme rozdělení porodů na fyziologický porod a patologický porod. O **fyziologický porod** se jedná v případě, kdy celý akt probíhá za přirozených

porodnických mechanismů za pomoci zdravotnického personálu. O **patologickém porodu** hovoříme v případě, kdy do průběhu porodu musí zasáhnout zdravotnický personál a dochází k rozvoji patologie, která se musí urgentně řešit. (Roztočil, 2020, s. 111)

3.2 Vaginální porod

Na konci těhotenství se zahajuje složitý proces přípravy těhotné ženy a plodu k porodu. Během tohoto procesu dochází k motilitě děložní a dráždivosti, a to vede ke kontrakční činnosti, která bývá označována také jako Braxtonovy-Hicksovy kontrakce. (Roztočil, 2020, s. 111) Co se týče spouštění mechanismu porodu, tak není zcela objasněn, protože vyvolávajících faktorů je více. Tento proces trvá dny i týdny. Mezi vyvolávací faktory porodu řadíme progesteron, jehož redukce zvyšuje aktivitu myometria. Dalším vyvolávajícím faktorem je oxytocin, který ovlivňuje děložní kontrakce. Estrogeny, které jsou zodpovědné za stimulaci myometrální aktivitu. Dále se na spouštění porodu podílí také fetální kortizon, prostaglandiny E2, distenze břišní stěny a tlak naléhající velké části plodu. (Binder, 2011, s. 64–65)

Porodní cesty jsou tvořeny tvrdými porodními cestami a měkkými porodními cestami. Tvrdé porodní cesty jsou tvořeny kostěnou pávní, jejíž anatomie se během porodu prakticky nemění, až na kostrč, která je mírně pohyblivá. Její vnitřní rozměry jsou pro vaginální porod velice důležité, jelikož určují, zda žena může plod vaginálně porodit. Před porodem je tedy velice důležité vyšetřit, zda u ženy nedojde ke kefalopelvickému nepoměru. Měkké porodní cesty jsou tvořeny dolním děložním segmentem, dilatovaným děložním hrdlem, svaly pánevního dna, pochvou, introitem poševním a hrází. Měkké porodní cesty jsou velice elastické, a proto jejich roztažení umožňuje průchod plodu i bez poranění. (Binder, 2011, s. 65)

Co se týče porodních sil, tak během porodu vzniká energie vznikající během kontrakce, která se spotřebuje v době dilatace neboli rozevírání cervixu. Během vypuzovací doby je plod touto silou vypuzován a dochází k dilataci měkkých porodních cest, kterými plod prochází. (Roztočil, 2020, s. 156)

Velice důležitý je porodní mechanismus. Jedná se o sérii pasivních pohybů, které plod během porodu provádí. Těmito pohyby se snaží přizpůsobit tvaru porodních cest ženy. První fáze porodního mechanismu je flexe hlavičky, kdy dochází k přitažení bradičky k hrudníku. Tímto pohybem dochází k snížení záhlaví, které je pak nejnižším bodem na hlavičce. Malá fontanela se tudíž stává až do konce porodu vedoucím bodem. Hlavička plodu pomalu postupuje dále porodními cestami. Dále pak dochází k vnitřní rotaci, kdy se hlavička v porodních cestách otáčí o 90 stupňů. Poté následuje deflexe, která nastává právě po vnitřní

rotaci, kdy se hlavička opře o dolní okraj stydké spony a provede kolem tohoto bodu deflexi. Dochází k prořezání hlavičky poševním vchodem nejprve tedy záhlavím, dále oblastí předhlaví, čelem, obličejem a nakonec bradičkou. Hlavička se porodí směrem obličejem k podložce. Poté nastává vnější rotace, při níž se hlavička stáčí na stranu, kde se nachází ještě neporozený hřbet plodu. Jako posledním krokem je porod ramének. Nejdříve se rodí spodní raménko, a to až k místu úponu deltového svalu na kost pažní. Na tomto místě vzniká opěrné místo nazývané se hypomochlion. Na tomto místě se opře o dolní okraj stydké spony a během rotace kolem této plochy se porodí zadní raménko. Porod trupu plodu probíhá poté již bez speciálního mechanismu. (Slezáková, 2017, s. 182–183)

3.2.1 Péče o ženy po vaginálním porodu

Po ošetření porodního poranění ženy dochází k hygienickému očištění rodičky a snahu o uložení rodičky do klidové polohy. Rodička zůstává po dobu 2 hodin na porodním sále a jsou u ní v pravidelných intervalech sledovány vitální funkce, jako je krevní tlak, pulz a tělesná teplota. Důležité je také pravidelné sledování krvácení z rodidel a kontrola, zda se děloha správně zavínuje. Do 30-60 minut by mělo dojít k přiložení dítěte ke kojení, při níž ženě dopomáhá novorozenecká sestra. Důraz klademe také na sledování močení u ženy, jelikož při porodu mohlo dojít k otoku močové trubice, což může zabránit spontánnímu močení. Plný močový měchýř může být také důsledkem nesprávného zavínání dělohy po porodu. (Slezáková, 2017, s. 188)

Po porodu by měla žena mít možnost trávit s dítětem co nejvíce času a nebyť rušena. Také by měla být plně informována o plánovaných vyšetřeních, které ji budou během hospitalizace čekat a také o vyšetření, které musí podstoupit její dítě. Je důležité ženě sdělit poté také výsledky těchto vyšetření a zodpovědět na její dotazy. Komunikace s ženou během šestinedělí by měla být opravdu citlivá, jelikož ženy jsou během tohoto období přecitlivělé a často se jich jakékoliv narážky či zvýšení hlasu dotýkají. Měla by také proběhnout správná edukace v oblasti manipulace s novorozencem a správných technik kojení. Je však důležité ženu nezahrnout velkým množstvím informací, které žena nedokáže najednou pojmout. Velice efektivní je vždy názorná ukázka, která je prospěšnější než slovní edukace. Důležité také je, aby se edukace zdravotnického personálu navzájem nelišila a zdravotnický personál podával rodičkám stejné a ucelené informace. (Takács, Sobotková a Šulová 2015, s. 33–34)

Velmi opatrně musíme s rodičkou komunikovat zejména v oblasti prospívání dítěte, a to při hodnocení váhového příbytku novorozence. Pro maminky je velice stresující neustálá

kontrola váhového přírůstku. Je pro ně velice nepříjemné, pokud dítě nepřibírá dostatečně rychle a vyčítají si, že o něj špatně pečují. Tyto stresové faktory mohou mít vliv také na kojení a vývoj laktace. Hodně žen uvádí, že problémy, které souvisely s laktací po propuštění z nemocnice, najednou ustály a samovolně se vyřešily. Jelikož ženy doma přestaly sledovat kolik dítě během kojení přesně vypilo. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 34)

Co se týče klinické péče v období šestinedělí, tak v porodnicích je poskytován systém nazvaný rooming-in, který je založen na tom, že novorozenec je s matkou neustále od porodu na pokoji během celého dne. Tento systém má výrazný psychologický vliv na ženu i dítě, kdy dochází k ukotvení jejich citového pouta, matka se s novorozencem naučí zacházet a spolu si zvyknout na denní režim. Dále také tento systém vede k brzkému nástupu laktace a v neposlední řadě je důležitým pozitivem také prevence nozokomiálních infekcí. (Slezáková, 2017, s. 234–235)

Průměrná délka hospitalizace po vaginálním porodu je v České republice mezi 3–5 dny. Většinou se však odvíjí od stavu novorozence. V dnešní době je možné propustit fyziologického novorozence z porodnice po 72 hodinách po porodu. V některých cizích zemích je délka hospitalizace matky a novorozence i nižší, záleží však na vyspělosti státu a podvědomí rodiček o zdravotní péči. (Roztočil, 2017, s. 218)

3.3 Porod císařským řezem

Císařský řez je porodnická operace, kdy je plod vyjmutý z dělohy matky břišní cestou. K císařskému řezu přistupujeme tehdy, kdy byl vaginální porod u ženy kontraindikován. Kontraindikací je, pokud vaginální porod byl rizikem poškození zdraví nebo smrti matky či plodu. (Roztočil, 2017, s. 499) Císařský řez je velká břišní operace, které může mít za následky peroperační a postoperační komplikace jako jsou velké krevní ztráty matky, špatné hojení operační rány a také zánětlivé komplikace. (Binder, 2011, s. 266)

První informace o vystupujícím plodu z útrobu matky, nikoli přirozenou cestou, se nacházejí již v mytologii. Kdy bylo popsáno, že již bůh lékařství Asklépios byl vyňatý Apollónem z těla své zabitě matky Koronis. Nejčastější indikací k císařskému řezu v minulosti byla příliš zúžená pánev, která neumožnila porodit dítě přirozenou cestou. Císařské řezy měly však v minulosti fatální následky, jelikož ženy, které jej podstoupily, umíraly poté velice brzy na vykrácení nebo na puerperální sepsi. Rány se totiž velice často nešily a v té době nebyla známá asepse. (Roztočil, 2017, s. 500)

Na samotném začátku vývoje lékařského porodnictví a období 19. století byla převaha vaginálních výkonů nad abdominálními výkony čili císařským řezem. Po konci 2. světové války, a to zejména v období sedmdesátých let, se navýšila frekvence císařských řezů na úkor vaginální operativy. Vývoj císařských řezů se odvíjel od zvýšení bezpečnosti této operace a začaly se uplatňovat zásady asepse a antisepte. Začala se také zavádět perioperační péče jako je antitrombotická a antibiotická profylaxe a v neposlední řadě se také začaly používat atraumatický hydrofilní šicí materiál. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 62)

V současné době je císařský řez nejčastější operační výkon, kterým ukončujeme těhotenství a porod. V roce 2018 se císařský řez prováděl u 24 % porodů z celkového počtu 1113 786. Výkon trvá zhruba 35–45 minut. Po operaci je nezbytná následná péče o rodičku na jednotce intenzivní péče, což výrazně snižuje riziko mateřské morbidity a mortality. (Šálková, 2021, s. 163)

Oproti chirurgickým operacím se porodnické operace liší v tom, že operace není prováděná pouze na jednom pacientovi, ale na dvou či více pacientů najednou, a to na ženě a na plodu či plodech u vícečetného těhotenství. Velkým specifíkem je také rychlost, kterou musí být některé porodnické operace provedeny. Mnoho porodnických operací se provádí z akutní indikace, a to v případě ohrožení života matky, plodu či obou najednou. Operace jsou tedy velice stresující pro matku, pro rodinu a také pro zdravotnický personál. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 57)

Císařský řez lze rozdělit do 3 skupin. První skupinou je elektivní či plánovaný císařský řez, který lékaři provedou ještě před termínem porodu, kdy ještě nedošlo k nástupu děložní činnosti. Plánovaný císařský řez umožňuje adekvátní přípravu rodičky, zdravotnického týmu a probíhá za optimálních podmínek. Pacientka se podrobí předoperační přípravě, která obsahuje konzultace interního lékaře a anesteziologa, kteří provedou před anesteziologické vyšetření. Dále se rodička podrobí laboratornímu vyšetření krevního obrazu, koagulačních parametrů, biochemickému screeningu a je také možno zajistit před transfuzní vyšetření krve. Nutná je také profylaxe TEN, kterou provádíme miniheparinizací a bandážemi dolních končetin. Před plánovaným císařským řezem je také dostatek času pro podepsání informovaných souhlasů rodičky s císařským řezem a podáním anestezie. Druhou skupinou je císařský řez akutní neboli urgentní, ke kterému dochází během porodu. Akutní císařský řez by měl být správně proveden do 20 minut od indikace k tomuto výkonu. Akutní císařský řez je tady daleko více nebezpečný jak po matku, tak pro novorozence a objevují se u něj daleko častější komplikace. (Šálková, 2021, s. 163) Poslední skupinou je císařský řez iterativní, jinými slovy opakovaný císařský řez. (Binder, 2011, s. 266)

K nárůstu počtu císařských řezů dochází zejména u starších rodiček a u vícečetných těhotenství, a to převážně hlavně díky asistované reprodukci a v neposlední řadě také z preventivních důvodů, protože dochází k obavám z komplikací během vaginálního porodu. Hlavní příčinou zvyšujícího se čísla podstoupení císařského řezu je také provedení císařského řezu u prvorodiček, jelikož více než 90 % těhotenství po císařském řezu končí opět císařským řezem. (Straňák, 2010, s. 175–179)

Na zvýšené frekvenci císařských řezů se také podílí věkový profil rodičky, který je charakteristický vyšším věkem, větším počtem vícečetných těhotenství a vyšším počtem císařských řezů v anamnéze. V některých zemích dosahuje incidence císařských řezů až 50 % porodů. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 62)

Je obecně platné, že děti narozené císařským řezem, a to zejména novorozenci narození plánovaným císařským řezem jsou fyziologicky odlišní než novorozenci, kteří přišli na svět vaginální cestou. Jejich plíce a srdce fungují odlišným způsobem. Další odlišností je, že novorozenci narození plánovaným císařským řezem mívají po dobu 90 minut od porodu nižší tělesnou teplotu než novorozenci narození vaginální cestou či akutním císařským řezem. (Odent, 2016, s. 76)

3.3.1 Porodnická anestezie a analgezie

Během císařského řezu se stejně jako u ostatních operací může volit mezi celkovou anestézií, regionální anestézií a kombinovanou anestézií. Pokud se jedná o urgentní situaci, je první volbou anestezie celková, jelikož hrozí nebezpečí z prodlevy. Často bývá argumentem pro volbu celkové anestezie také to, že může dojít k prodlení z důvodu nefyziologických anatomických poměrů rodičky či obezité rodičky, kdy může být pokus o subarachnoideální punkci neúspěšný. Tento důvod však není zcela relevantní, protože i u úvodu do celkové anestezie mohou nastat problémy, a to s obtížnou intubací, zvracením a například extrémním vzestupem krevního tlaku rodičky. Proto volba anestezie u císařského řezu je velké dilema. Obecně ale platí pravidlo, že volba celkové anestezie je pouze v případě, kdy je znecitlivění regionální anestézií kontraindikováno. (Roztočil, 2017, s. 475)

V současné době mají velice dominantní postavení v porodnictví neuroaxiální blokády, a to zejména epidurální analgezie a vedle ní také subarachnoideální analgezie. Mícha, kořeny míšních nervů a mozkomíšní mok jsou uzavřeny ve vaku míšních obalů, které jsou tvořeny dura mater spinalis neboli tvrdou plenou a arachnoideou neboli pavučnicí. Právě v tomto prostoru se nachází prostor epidurální a dále uvnitř subarachnoideální prostor. (Roztočil, 2017, s. 474)

Epidurální analgezie je aplikace lokálního anestetika do epidurálního prostoru, kdy závisí na koncentraci a objemu podávaných anestetik. Podání anestetik do tohoto prostoru způsobí blokádu sympatických a senzitivních nervových vláken, ale nijak moc neovlivní vlákna motorická. Jejich efekt nastupuje do 20 minut, což je docela dlouhá doba, ale na druhou stranu má dlouhý účinek. Anestetika se v porodnictví podávají společně s opioidy, které přinášejí úlevu od bolesti. (Roztočil, 2017, s. 474) Epidurální analgezi využívá ve Francii během porodu až 50 % rodiček, ve Velké Británii je to 23 % rodiček, v Kanadě 45 % rodiček a v České republice 15 % rodiček. Epidurální analgezie se používá převážně ve vyspělých zemích. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 46)

Subarachnoideální analgezie na rozdíl od epidurální navodí rychlý efekt, a to do 5 minut. Při této analgezi dochází nejen k blokáde sympatických a senzitivních nervových vláken, ale také motorických vláken. Dochází k poruše hybnosti dolních končetin a také má velký vliv na břišní lis. Na druhou stranu je však efekt subarachnoideální analgezie krátkodobější než u epidurální analgezie. Velkou nevýhodou je však to, že po volbě této analgezie se poté musíme vyhnout vertikalizaci a velkému zvyšování intraabdominálního tlaku, jelikož by mohlo dojít k perforaci míšních obalů, které poté může způsobit postpunkční cefaleu, což je únik mozkomíšního moku. Při vaginálním porodu toto nelze dodržet, a proto je používána epidurální analgezie. Na druhou stranu u císařského řezu je používanější analgezie subarachnoideální. (Roztočil, 2017, s. 474)

Celková anestezie má jednu z hlavních výhod, že pokud nenastanou technické komplikace, tak úvod do celkové anestezie je mnohem rychlejší než úvod do subarachnoideální anestezie. Díky celkové anestezii můžeme dosáhnout rozsáhlejší svalové relaxace v porovnání s blokádu neuroaxiální. K celkové anestezii se přistupuje v případech, kdy není možné provést znecitlivění regionální, a to zvláště v případech, kdy dojde k velké předoperační krevní ztrátě, hypotenzi, šokovému stavu, septickému šoku, embolii plodovou vodou, farmakologicky neřešitelná bradykardie, koagulopatie a rozvoje DIC. K regionální anestezii nepřistupujeme ani v případě, že je přítomna infekce v místě vpichu, anatomická změna v oblasti bederní páteře a velká obezita rodičky. Celková anestezie má však také své nevýhody, kterými je například komplikovaná intubace pacientky, kdy může docházet ke zvracení, a to i s možností aspirace žaludečního obsahu. Velkou nevýhodou celkové anestezie je transplacentární přenos anestetik, které mohou působit negativně na plod. (Roztočil, 2017, s. 475–476)

Mezi komplikace způsobené celkovou anestezii řadíme poškození pacienta z důvodu intubace, laryngospasmus, stridor či pocíťování cizího tělesa v krku pacienta, aspirace do dýchacích cest, projevy alergické reakce na podaný lék, dechový opiátový útlum,

pneumothorax, neodeznění celkové anestezie, přetrvávající svalová relaxace a maligní hypotermie. Také u epidurální anestezie a neuroaxilární blokády mohou vzniknout komplikace, kterými jsou například toxicita lokálního anestetika, třesavka, hypotenze, nauzea či zvracení, bradykardie, dechový útlum, retence moči, bolest v místě vpichu, subarachnoideální hematoma, tlak na hrudi či pruritus. (Šálková, 2021, s. 171)

3.3.2 Rizika spojená s císařským řezem

Jako první je třeba zmínit, že zvýšení frekvence provedení císařských řezů a tím záchranu plodu a matky došlo ve 20. století k velké redukci perinatální mortality bez výrazného zvýšení perinatální morbidity. Je důležité říct, že se mateřská morbidita a mortalita liší u císařského řezu plánovaného a císařského řezu akutního. Co se týče císařského řezu akutního, tak u něho je mateřská morbidita několikanásobně vyšší než u vaginálního porodu. Plánovaný císařský řez je mnohem méně nebezpečný a mateřská morbidita je tedy nižší než u akutního císařského řezu. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 63–64)

Mateřská mortalita je v dnešní době u nás velice nízká, avšak u porodu císařským řezem je opravdu vyšší než u vaginálního porodu. Odborníci varují, že císařský řez nemusí být sám o sobě rizikovým faktorem mateřské mortality, ale může být jako „zesilovač“ preexistující morbidity a tím může riziko mateřské mortality navyšovat. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 64)

Pokud žena porodí císařským řezem, tak se vyhne úmorným porodním bolestem, nejistotě, která je s porodem spojena, perinatálnímu traumatu či poškození zdraví novorozence kvůli porodnímu procesu. Na druhou stranu, ženy po císařském řezu trpí daleko větší bolestí než ženy po vaginálním porodu, a jejich zotavení trvá mnohem déle. V několika studiích byly popsány i negativní vlivy, které působí na dítě během porodu císařským řezem. Mezi tyto negativní následky na dítě patří například metabolický syndrom, diabetes mellitus 1. typu, respirační distress syndrom, astma a také pulmonální hypertenze. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 64)

3.3.3 Péče o ženy po porodu císařským řezem na jednotce intenzivní péče

Průběh, sledování a léčba šestinedělky po císařském řezu se liší od péče o ženu po vaginálním porodu. Rozdíl péče je způsoben na jednu stranu vytvořením arteficiálního porodního kanálu ve stěně břišní a na druhou stranu také diferenciací adaptací organismu rodičky na porod císařským řezem. Období šestinedělí u ženy po císařském řezu mohou

ovlivňovat také patologie těhotenství, které byly důvodem pro provedení císařského řezu. (Roztočil, 2009, s. 203)

U žen po porodu císařským řezem je důležitá péče o hysterotomii a laparotomii. V dnešní době se stále nejvíce provádí císařský řez pomocí metody Misgav-Ladach. U této metody dochází k nejnižší traumatizaci a předpokládá se dobré hojení operační rány. Došlo k minimalizaci šití tkání a používá se dnes hydrofilní šicí materiál, který zlepšuje hojení tkání. Myometrium se šije v jedné vrstvě a poté fascie a kůže pokračovacím stehem. Kůže je sešita pomocí zanořovacího stehu, a proto není šicí materiál potřeba poté vytahovat. Je důležité dodržovat správný hygienický režim a nebát se jizvu důkladně omývat a zbavit jí tak zaschlé krve. (Roztočil, 2009, s. 203)

Pokud dojde k situaci, že je novorozenec od ženy po porodu císařským řezem odloučen, je velice nutné, aby se k matce dostaly všechny potřebné informace ohledně novorozence, a také aby mohla matka novorozence co nejdříve vidět a mohlo dojít k přiložení k prsu. Kontakt s novorozencem by měl být ženě povolen dle jejího přání. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 69)

Stejně jako u porodu vaginálního má žena potřebu hovořit se zdravotníky. Je proto důležité jí dát prostor ke kladení otázek a nejasností, které s císařským řezem souvisí. Po porodu císařským řezem by měla žena mít možnost obdržet informace o komplikacích císařského řezu u dalšího těhotenství a rizika spojené s dalším porodem. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 69)

Po operaci je po dobu 2 hodin nutný kontinuální monitoring krevního tlaku, pulsu, saturace kyslíkem a EKG. Rodička musí být pod neustálým dohledem erudovaného zdravotnického personálu. Hodnoty se musí v pravidelných intervalech zaznamenávat do zdravotnické dokumentace. Pokud je vše v pořádku, tak je možnost maminku převést po 2 hodinách na pokoj. (Roztočil, 2009, s. 203)

Specializovaná poanestetická péče obvykle není nutná, jelikož císařský řez obvykle podstupují mladé a zdravé ženy, a proto obvyklá doba, kterou tráví žena na dospávacím pokoji, nepřesahuje 1–3 hodiny. Lze tedy říct, že než specializovanou pooperační péčí po císařském řezu, žena potřebuje spíše po standardním průběhu operace brzkou mobilizaci, časný příjem potravy a tekutin a také správnou a dostatečnou analgezií. (Bláha, 2015, s. 87)

Velmi důležitá je zvýšená bolestivost než po vaginálním porodu, a to zejména v okolí laparotomické rány. U vaginálního porodu pociťuje rodička velkou bolest během samotného porodu, ale poté bolesti utichnou. Objevují se poté až mírné bolesti na oddělení šestinedělí, které jsou často spojeny se zavínáním dělohy a jsou intenzivní zejména během kojení.

U císařského řezu nastupují bolesti naopak po dokončení porodu a jsou daleko intenzivnější. Jsou tedy potřeba dostatečně tlumit. Pokud byl císařský řez proveden v epidurální anestezii, je tedy možné podat analgetika do epidurálního katétru, který se ponechává zaveden po dobu 24–48 hodin po porodu. Bolest u pacientky hodnotíme pomocí stupnice VAS. Další možností, jak tlumit bolest je podáním analgetik intramuskulárně či intravenózně. (Roztočil, 2009, s. 203) Je preferováno, že podávání analgetik by mělo probíhat v pravidelných dávkách, a ne až po vzniku bolesti. Každé podání analgetik by mělo být podáno dříve, než odezní efekt předchozích analgetik. Analgetika jsou podávána postupně dle síly jejich účinku. (Kapounová, 2020, s. 103)

První volbou z neopioidních analgetik je Paracetamol, jehož dávka je doporučována 1 g vždy po 6 hodinách. Je možná také kombinace Paracetamolu s Metamizolem, ale podávání Metamizolu není během kojení doporučováno. Dobrou volbou jsou pro časnou systémovou analgezií po císařském řezu vhodné opioidy, které není potřeba rodičce v prvních 24 hodinách po porodu odepírat z důvodu kojení. Vhodná je například Morphin, kterého se dostává do mateřského mléka méně než 1 %. Další možností je Piritramid, který se nemusí podávat kontinuálně, ale lze ho podat také bolusově. Další možností je Nalbufin, jehož účinek nastupuje do 2–3 minut a jeho délka účinku je obvykle 3–6 hodin. Lze ho podávat bolusově či v infuzi. (Bláha, 2015 s. 91–92) Dobře se osvědčilo podávání Novalginu intravenózní cestou či podání Dipidoroloru intramuskulární cestou. Často se dnes využívá také Indometacin. (Šálková, 2021, s. 169)

Rodička po císařském řezu je ohrožená tromboembolickou nemocí a zánětlivými komplikacemi, a proto provádíme jejich prevenci vzniku. Rodičce se podává nízkomolekulární heparin. Avšak není přesně známo, jak velká by měla být prevence tromboembolické nemoci u ženy po císařském řezu, jelikož se vychází z poznatků prevence pouze u pacientů po ortopedických či chirurgických operacích a tito pacienti nejsou s rodičkami srovnatelní. Existují také studie, které říkají, že tromboembolická prevence u ženy po císařském řezu není nutná, pokud dochází k její brzké mobilizaci. (Bláha, 2015, s. 95) Císařský řez je také často spojen s větší krevní ztrátou, a proto je nutností ženě odebrat krev na vyšetření krevního obrazu. Pokud je hodnota hemoglobinu v těle ženy nižší, je doporučeno nasadit deriváty železa. (Roztočil, 2009, s. 203)

U ženy se dále musí provádět pravidelná kontrola vitálních funkcí, pravidelná kontrola děložního tonu a krvácení z rodidel. Musíme měřit bilanci tekutin a hodnotíme také zabarvení a vzhled moči. Je nezbytná kontrola laparotomie, která zůstává krytá po dobu 24 hodin

po porodu. Důležité je vedení dokumentace a podávání léčebných preparátů dle ordinace lékaře. (Šálková, 2021, s. 170)

Vertikalizace je důležitá jako prevence tromboembolické nemoci a pro zvýšení fyzického a psychického stavu ženy. (Roztočil, 2009, s. 204) Avšak přesná definice brzké mobilizace není známá, jelikož se v době vertikalizace pacientky po císařském řezu neshodují. Časná vertikalizace pacientky je tedy brána v období mezi 6–24 hodinami po provedeném císařském řezu. Čas mobilizace pacientky po standardním císařském řezu je dobrým ukazatelem pooperačního průběhu. (Bláha, 2015, s. 88)

Při vertikalizaci pacientky je nutností přítomnost porodní asistentky, která musí ještě před vertikalizací zhodnotit rizikové faktory a poté musí být přítomna po celou dobu vertikalizace. Nejzávažnějším rizikem brzkého provedení vertikalizace je pád rodičky, který je brán jako mimořádná událost. Rizikovými faktory pro pád jsou nedostatečné odeznění účinku anestezie, oběhová nestabilita, hladina hemoglobinu nižší než 70 g/l, příliš tlumená bolest pacientky a synkopa vznikající během rychlé vertikalizace. (Bláha, 2015, s. 88)

Co se týče výživy a perorálního příjmu u ženy po porodu císařským řezem, tak lze říci, že císařský řez je břišní operace, avšak během tohoto výkonu nedochází k porušení integrity střeva a dochází pouze k malé manipulaci v břišní dutině. Proto není potřeba po císařském řezu zahajovat speciální dietní opatření po úplném odeznění anestezie. S hladověním jsou spojovány četné nežádoucí účinky. Proto je časný příjem tekutin a stravy pro ženu velice důležitý. Příjem tekutin může být zahájen po neuroaxiální anestezii zahájen ihned a po celkové anestezii může být zahájen po 1–2 hodinách. Co se týče stravy, tak je doporučováno podávat rodičce 4 hodiny po operaci přesnídávku, jogurty či sipping. Pokud je operace prováděna v dopoledních hodinách, tak žena již večer může dostat lehkou večeři. 1. den po operaci podáváme již ženě nenadýmavou stravu. (Bláha, 2015, s. 93)

Po císařském řezu je již také možnost navázání kvalitního vztahu mezi matkou a novorozencem, a to pomocí metody bonding. Po vybavení musí být novorozenec prohlédnutý pediatrem a poté může být vráceno zpět na tělo matky. Kojení by se nemělo lišit od kojení po vaginálním porodu. Je prokázáno, že nástup laktace po akutním císařském řezu, kdy je rodička unavená, se může lišit. Avšak neměl by se lišit nástup laktace mezi plánovaným císařským řezem a vaginálním porodem. Je však velice důležité modifikovat polohu matky a dítěte během kojení, jelikož pohyblivost matky po porodu císařským řezem je velice omezená. (Roztočil, 2009, s. 204)

Ženy po císařském řezu bývají obvykle propuštěné domů mezi 3–4 dnem. Před odchodem domů se kontroluje výška děložního fundu, kvalita lochií a jizvu po laparotomii. Cílem

perinatologie je, aby se období šestinedělí po císařském řezu lišilo pouze minimálně od šestinedělí po vaginálním porodu. (Roztočil, 2009, s. 204)

4 LAKTACE

V dnešní době je přirozené výživě novorozence věnována opravdu velká pozornost a je na ni kladen velký důraz. Kojení je součástí našeho Národního programu podpory zdraví a nepostradatelnou součástí preventivních programů pro 21. století. V dnešní době se již mnoho nemocnic může pyšnit titulem Baby friendly hospital, jehož volný překlad znamená nemocnice přátelská k dětem. Tento titul nesou nemocnice, které respektují právo novorozence na kojení a umožňují podmínky k podpoře kojení. (Slezáková, 2017, s. 252) Na kojení se organismus ženy připravuje v průběhu celého těhotenství. Tvorba a množství mateřského mléka je ovlivněno zejména hormony oxytocinu a prolaktinu. (Roztočil, 2017, s. 220)

Je dokázáno, že kojenému dítěti hrozí 14krát nižší riziko úmrtí v prvních 6 měsících života než dítěti, které kojené není. Kojení tedy opravdu snižuje úmrtí dítěte na akutní infekce dýchacích cest a průjemová onemocnění. Kojení podporuje vývoj mozku, má vliv na zlepšení kognitivních funkcí dítěte a je spojováno také s vyšším stupněm dovedností ve věku 5 let. (Roztočil 2017, s. 230) Asi 95 % dětí je kojeno po odchodu z porodnice a podíl dětí, které jsou kojeny do 6 měsíců jejich věku je asi 60 %. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 27)

Kojení je přirozená výživa novorozenců a kojenců. Světová zdravotnická organizace doporučuje kojení po dobu 6 měsíců věku dítěte a poté zahrnout do výživy také nemléčné příkrmy při kojení do 2 let věku dítěte. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 23) Plně kojené dítě nepotřebuje do 6 měsíců věku žádný příkrm ani tekutiny. Jediným doplňkem ke kojení jsou tedy pouze vitamíny D a K, kterých je v mateřském mléce nedostatek. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 25)

Jedná se o komplexní proces, kde vstupují do hry jak faktory biologické, tak faktory psychologické a sociální. Působení těchto faktorů nacházíme již v období prenatálním a pokračují během jednotlivých dob porodních až do období poporodní. Vyjmenované faktory se navzájem podmiňují a doplňují, tak je zapotřebí prozkoumat vliv psychosociálních proměnných na kvalitu kojení, zohlednit i faktory biologické povahy či somatické povahy, a to zejména doby porodní a zásahy farmakologickými prostředky během porodu. (Takács, 2011, s. 18)

Mléčná žláza během těhotenství prodělává významné změny, což vede k její přípravě na kojení neboli laktaci. Tvorba mlékovodného aparátu je ovlivněna hormony zvanými laktogenní hormonální komplex, který je tvořen estrogeny, progesteronem, hCG, hPL, kortizolem a inzulinem. (Binder, 2011, s. 85)

4.1 Vývoj laktace

Mléčná žláza se připravuje ke kojení po celou dobu těhotenství pod vlivem estrogenů. Po porodu dochází k odstranění blokujícího vlivu placenty a vlivem prolaktinu dojde k tvorbě mateřského mléka. Laktace je ovlivněna stimulací prsních bradavek při sání dítěte. Za vypuzení mateřského mléka je zodpovědný hormon oxytocin. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 23)

Díky nervům jsou prsa a bradavky citlivá na dotek. Tyto nervy dokážou reagovat na otírání, hledání hlavičkou, hlazení a sání miminka tím, že posílají zprávu do hypofýzy, aby došlo k uvolnění hormonu prolaktinu, který je zodpovědný za výrobu mléka. (Gaskin, 2011, s. 31)

Pokud novorozenec saje prs, tak stoupne hladina prolaktinu v krvi a stimuluje tím buňky k tvorbě mateřského mléka. Poté přichází na řadu vliv oxytocinu, který způsobí stažení buněk obklopující žláznatou prsní tkáň, která produkuje mateřské mléko. Utvořené mateřské mléko je uvolňováno do systému kanálků z těla ven. Tomuto procesu se říká spouštěcí reflex neboli reflex letdown. (Gaskin, 2011, s. 42)

Oxytocin je peptid, který je tvořen 9 aminokyselinami. Tento hormon má vliv na receptory myoepitelových buněk prsních žláz a na receptory hladké svaloviny dělohy během porodu. Jako reflexní podnět pro uvolnění oxytocinu je právě stimulace senzitivních nervových zakončení v prsní žláze, a to v průběhu sání novorozence a dilatace krčku dělohy během první fáze porodu. Mezi biologické účinky oxytocinu patří navozování kontrakcí hladké svaloviny ve vývodech mléčné žlázy a tím je zodpovědný za spuštění mateřského mléka. Dalším jeho účinkem je zvyšování kontrakce hladké svaloviny dělohy, což vede k dopomoci porodu dítěte, a poté také v průběhu třetí doby porodní k porodu placenty. (Kittnar, 2021, s. 217)

Oxytocin bývá také nazýván jako hormon klidu, lásky a léčení, protože k těmto pocitům dochází právě při vzájemném kontaktu matky a dítěte. Tvorba oxytocinu je tedy ovlivněna hledáním bradavky novorozencem, otírání se o bradavku, olizováním bradavky, kontaktu kůže na kůži mezi matkou a novorozencem a také jejich vzájemný oční kontakt. Zhruba hodinu po vaginálním porodu zůstává hladina oxytocinu v těle matky velice vysoká a oběma dokáže přinést pocit pohody, bezpečí a spokojenosti. Pokud žena není vystavena velkému stresu, tak vysoká hladina oxytocinu může být zachována po celou dobu laktace. Schopnost oxytocinu je také tlumení bolesti, a to zejména u žen po porodu císařským řezem, jejichž poporodní rekonvalescence je výrazně delší než u žen po vaginálním porodu. (Gaskin, 2011, s. 34) Hormonem lásky je oxytocin nazýván také proto, že způsobuje vznik příjemných pocitů a

dokáže navodit pečovatelské a ochránářské chování. Vliv má tento hormon nejen na ženy, ale také i na muže. (Lorenz, 2014)

Beta-endorfin je jeden z dalších hormonů, které jsou pro laktaci velice důležité a mají svou důležitou funkci. Bylo zjištěno, že tento hormon je tělem vytvořen jako vlastní opiát. Má podobné vlastnosti jako morfiu, heroin a působí na stejné mozkové receptory. Vysoká hladina tohoto hormonu blokuje receptory bolesti. Jeho další funkcí je také uvolňování prolaktinu během porodu. Jeho vysoké hodnoty přetrvávají zhruba 3 dny po porodu, a poté se jeho hodnota vrací do původního stavu. V mateřském mléce však přetrvává, a proto má kojené dítě po nakojení blažený výraz ve tváři. (Gaskin, 2011, s. 37)

Prolaktin je nazýván hormonem mateřství neboli hnízdění. Tento hormon je zodpovědný za přípravu prsou ke kojení. Přesněji můžeme říct, že umožňuje dozrání a rozšíření kanálků a lalůčků prsní žlázy. Během těhotenství je v těle vysoká hladina progesteronu, která tvorbě mléka zabraňuje. Po porodu však hladina progesteronu a estrogenu výrazně klesá a prolaktin tedy způsobí, že dojde k tvorbě mateřského mléka. Prolaktin má také vliv na mateřské chování. Jako další účinek prolaktinu je stimulace vylučování oxytocinu a potlačení plodnosti. (Gaskin, 2011, s. 38)

Ke tvorbě mateřského mléka dochází ve žlázových buňkách mléčné žlázy, které společně tvoří váčkovité útvary. Vytvořené mateřské mléko putuje do vývodů a hromadí se v rozšířené části pod prsním dorcem. (Roztočil, 2017, s. 220)

4.1.1 Faktory ovlivňující vývoj laktace

Jedním z určujících faktorů pro vývoj laktace je **způsob porodu**. Velmi diskutabilním tématem je nástup laktace u žen po porodu císařským řezem, kdy se uvádějí názory, že ženy byly nastaveny k tomu, aby rodily díky funkci hormonů, které se uvolňují do jejich organismu a poté se podílejí na laktaci. Během porodu se u ženy vyplavují endorfiny, které poté mají vliv na sekreci prolaktinu, který má dominantní vliv na vývoj laktace. Také hormon oxytocin je potřebný nejprve k vyvolání kontrakcí během porodu a poté souvisí také s laktací, a to konkrétně s vypuzením mléka, když novorozenec saje. (Odent, 2016, s. 75–76) Švédská studie uvádí, že u žen, které mají novorozence po dobu dvou dnů u prsu a podstoupily vaginální porod, tak u nich dochází k velice efektivnímu uvolňování oxytocinu oproti ženám, které mají novorozence u prsu po dobu dvou dnů po porodu císařským řezem. Tato studie také prokázala, že druh porodu ovlivňuje také délku kojení. (Ekström, Windström and Nissen, 2003, s. 176) Italská studie prokázala, že mateřské mléko u ženy po vaginálním porodu obsahuje daleko více

endorfinu než mléko od ženy po císařském řezu. Na mateřském mléce, které obsahuje více endorfinů, může tedy vzniknout větší závislost, a proto je prokázáno, že kojení dítěte po vaginálním porodu bude snazší a delší. (Zanardo, 2012, s. 2)

Technika kojení je dalším faktorem, který na rozvoj laktace působí a je základem úspěšného kojení. Poloha při kojení je závislá na pohyblivosti matky, velikosti dítěte a velikosti prsů. Správná technika kojení spočívá v tom, že je dítě přitisknuté k tělu matky, a to zásadně bříškem. Ústa dítěte jsou v úrovni prsní bradavky a hlava dítěte je opřena na paži matky. Dásně dítěte by měla objímat co největší část prsního dvorce, aby bradavka matky byla až za čelisti v ústní dutině a měla směr směrem k patru dítěte. Pokud je poloha dítěte správná, může volně dýchat a není tedy potřeba odtlačovat prs od nosu dítěte. Kojení by mělo probíhat dle potřeby dítěte a potřeba pití se postupně ustálí. Délka kojení by neměla být omezována a stručně daná. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 25)

Velký vliv mají na laktaci také **léky tlumící bolest**. Epidurální analgezie je jedna z možností, kterou může žena na tlumení bolesti během porodu využít. Tento druh tlumení bolesti se však může poté negativně odrazit na vývoji laktace. U epidurální analgezie je zapotřebí dodat nitrožilně dostatečné množství tekutin. Tento krok může zapříčinit náhlé nalití prsou mateřským mlékem a novorozenec může mít potom problém s uchopením bradavky. Po epidurální analgezi může dojít také k nástupu horečky u matky. Je nutné poté zjistit, zda se jedná o horečku z epidurální analgezie či horečku spojenou se zánětem dělohy. Může proto dojít k separaci matky a novorozence, a to může kojení významně narušit. Narušit kojení mohou také sedativa a prášky na spaní. Tyto léky ovlivňují schopnost novorozence sát. (Gaskin, 2011, s. 71–72) Narkotika jsou léky, jejichž účinek se může na kojení dítěte také negativně podílet. Švédská studie ukázala, že novorozenec, jehož matka dostala během porodu na tlumení bolesti narkotika, tak po dobu 20 minut po porodu nebyl schopen sát. (Ekström, Windström and Nissen, 2003, s. 176) Bylo také zjištěno, že nalbufin ovlivňuje posun nástupu laktace u matky až o 42 hodin. (Gaskin, 2011, s. 73)

Významnou roli hraje také **kontakt matky a dítěte ihned po porodu**. Je dokázáno, že po porodu dochází u žen a obecně u savců ke zvýšené citlivosti. Badatelé již v minulosti přišli na to, že pokud dojde k oddělení matky a mláďat později, tak nedojde k narušení jejich vztahu. Ale pokud dojde k oddělení matky a mláďat v době zvýšené citlivosti, tak jejich vztah bývá narušen. Tento jev se projevuje také u lidské rasy, kdy jako období zvýšené citlivosti bereme období ihned po porodu. Kontakt matky a dítěte ihned po porodu je tedy velice zásadní pro správný nástup laktace. (Gaskin, 2011, s. 75) Nerušený a nepřetržitý kontakt mezi matkou a novorozence ihned po porodu má velký význam pro celou nově vzniklou rodinu a je podporou

pro správnou poporodní adaptaci jak novorozence, tak matky. Jak už bylo zmíněno, tak po porodu dochází k neopakovatelným a jedinečným hormonálním změnám, které vedou ke zdravotní a psychické stabilitě. Pokud je kontakt dostatečný a nerušený, tak dochází k posílení mateřského chování, lepší poporodní adaptaci, kardiorepirační stabilitě novorozence, lepšímu přísátí novorozence k prsu matky a k rychlejšímu a intenzivnějšímu nástupu laktace. (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 201) V dnešní době dochází ihned po porodu k tomu, že novorozenci je z termoregulačního hlediska nasazena čepička. Nasazení čepičky může však negativně ovlivnit kontakt mezi matkou a novorozencem. Výzkum prokázal, že důležité jsou pachové vjemy z pokožky novorozence. Hlavička je k nosu matky nejbliž, a proto absence pachových vjemů se může negativně podílet na vzniku vazby mezi matkou a novorozencem. (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 202)

V dnešní době je již skoro v každé nemocnici samozřejmostí systém **rooming-in**, což znamená, že dítě je s matkou nepřetržitě na jednom pokoji. V minulosti bývalo zvykem, že novorozenci byli většinu času pobytu v porodnici umístěni na novorozeneckém oddělení a byli sledováni lékaři a novorozeneckými sestrami. Tento jev však narušoval úspěšnost kojení. V dnešní době se tedy preferuje systém rooming-in, díky němuž má žena s novorozencem pevnější pouto a v těle ženy se tedy vytváří více prolaktinu a tvoří se tudíž více mateřského mléka. (Gaskin 2011, s. 82)

Velkou roli hraje úloha **porodní asistentky** v podpoře kojení. Nejen role porodní asistentky, ale role celého zdravotnického personálu na podporu a ochranu kojení. Je velmi důležité již v prenatálních poradnách ženy v oblasti kojení edukovat, poskytovat jim co nejvíce dostupných informací, a to zejména edukace o výhodách kojení pro matku i dítě. V nemocnici je velmi důležité pomáhat ženám s kojením a být jim nápomocni. Je vhodné doplnit edukaci v oblasti kojení praktickou ukázkou správné techniky kojení. Nesmí chybět ze strany personálu také dostatečná edukace matky v péči o prsa. Nemocnice by měla nabízet služby laktiční poradkyně, pro ženy, u kterých se vyskytnou doma problémy s kojením. (Roztočil, 2017, s. 225)

Velice důležitá je v oblasti edukace zejména přiměřenost a individuální přístup v průběhu edukace. Edukaci je také nutné přizpůsobit dovednostem, znalostem a osobnosti matky. Informace musí logicky navazovat a být seřazeny od nejjednodušších po nejsložitější. (Chrásková a Boledovičová, 2015, s. 39)

Důležitým faktorem na laktaci je **výživa kojící matky**, která by měla odpovídat zásadám zdravé výživy. Velice důležitý je příjem tekutin, a to zejména nesycených tekutin. (Dort, 2018, s. 26) V průběhu šesti nedělí je velmi důležitý příjem vitamínů a stopových prvků. Zejména

když žena kojí, tak je zvýšená potřeba minerálů a vitamínů. Velký důraz se klade na dostatečný přísun železa a vápníku. (Fait, 2019, s. 268) Příjem železa ze stravy nemusí být dostatečný, a proto je doporučována jeho suplementace. Hodnoty příjmu železa se pohybují kolem 20 mg na den. (Kostiuk, 2010, s. 7) Také dostatečný přísun jódu je důležitý, takže kromě přísunu jódu ve stravě je doporučováno používat jodid tablety. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 26) Velmi důležitý je selen, jehož optimální dávka pro kojící ženu je 0,075mg. Velmi důležitými vitamíny pro kojící matky jsou A, D, E, K, které jsou v těle skladovány. Ostatní vitamíny jako je skupina vitamínů B, vitamín C a další musíme pomocí potravinových doplňků přijímat sami. (Fait, 2019, s. 270–271) Je prokázáno, že při dostatečném přísunu vitamínu D je menší riziko rozvoje diabetu prvního stupně u novorozence, a také je prevencí astmatu a alergií. Pokud je nedostatek slunečního záření, je doporučována suplementace vitamínu D. (Fruhauf, 2019, s. 276) Důležitý je také správný přísun omega-3 nenasycené mastné kyseliny, jehož vysoké hodnoty v mateřském mléce jsou brány jako základ imunologické výhody delšího kojení. Zejména tedy jako prevence atopických ekzémů, alergií a autoimunitních chorob organismu. Jako zdroj těchto tuků jsou například mořské ryby, které by kojící žena měla konzumovat aspoň 2x týdně. (Fait, 2019, s. 268) Kojící žena by měla přijímat denně aspoň 2 200 kcal a strava by se měla rozdělit do více než 3 porcí denně. Není doporučováno přijímat méně než 1 800 kcal za den. (Gaskin, 2011, s. 62)

Pro kojící ženu je důležitý příjem dostatečného **množství vody a celkově tekutin**. Těhotná žena, by měla přijímat denně asi 2 000 ml tekutin. Na druhou stranu, pro kojící ženu je doporučovaný příjem tekutin okolo 2 200 ml na den. (Moya, 2014, s. 452)

V dnešní době najdeme také spoustu organizací, které se zabývají podporou kojení a jednou z nich je Program National Healthy Start, která se snaží podporovat v kojení ženy, u kterých je menší pravděpodobnost, že kojit začnou. Tato americká organizace pracuje s ženami z nejchudších poměrů a rizikových rodin. Je známo a dokázáno, že ženy s nízkými příjmy či ženy z etnické menšiny se setkávají častěji s obtížemi u kojení, nástup laktace je oddálený a délka kojení není tak dlouhá jako u žen v dobrých životních podmínkách. Ženám v etnických menšinách či ženám s nižším příjmem se nedostává dostatek informací ohledně kojení. (Chelsey, 2017, s. 5)

V neposlední řadě může být důležitým vlivem na laktaci také **komunitní péče**, která se v dnešní době může pyšnit svým vývojem. Hlavními principy komunitní péče je kontinuita péče, multidisciplinární spolupráce, možnost výběru, individuální přístup k rodičce, diskrétnost a zachování etických principů. (Hendrych Lorenzová, Raisnerová, 2020, s. 87) V rámci komunitní péče by měla porodní asistentka pohlížet na ženu jako a bio-psycho-sociální bytost

a řešit její vzniklé problémy, a to například problémy s laktací. (Hendrych Lorenzová, Raisnerová, 2020, s. 91) Studie prokázaly, že většina žen, které po porodu využily možnost komunitní péče, tak byly s péčí velice spokojeny. (Hendrych Lorenzová, Raisnerová, 2020, s. 103)

4.2 Problémy při kojení

Péče o prsa není nijak speciální. Denní hygiena je dostatečná. Časté mytí mýdlem a používání nejrůznějších mastiček může bradavky dokonce poškodit. Nejvhodnějším ošetřením bradavek je zaschnutí kapky mateřského mléka. Mezi potíže při kojení řadíme ragády, které bývají obvykle způsobeny špatnou technikou kojení, a k jejich odstranění často stačí pouze úprava kojící techniky. Častým problémem jsou také malé či vpáčené bradavky, které se dají řešit použitím speciálního silikonového kloboučku. Závažnějším problémem je retence mléka, jejíž příznaky jsou bolestivé zatuhnutí prsu a jeho zarudnutí. Tento problém není důvodem k přerušení kojení, ale léčí se pomocí studených obkladů na prsa, masáží a antipyretiky. Nejzávažnější komplikací je mastitis neboli zánět mléčné žlázy, kdy je prs opravdu bolestivý a zarudlý. Léčba je stejná jako u retence mléka, ale při tomto problému se podávají také antibiotika. V některých případech je důležité chirurgické ošetření čili incize žlázy s drenáží. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 26)

V dnešní době je často diskutovaným tématem ve společnosti, zda je vhodné používat při problémech s bradavkami kojící kloboučky. Na novorozeneckém oddělení ve Zlíně byla provedena studie, zda používání kojících kloboučků je spíše negativní záležitost či pozitivní. Častými informacemi bylo, že jejich používání snižuje laktaci a také následně laktaci dříve ukončuje. A také, že způsobují postižení úst dítěte kvasinkovými infekcemi. Studie však prokázala, že používání kojících kloboučků, nemá negativní vliv na vývoj laktace, dokonce bylo prokázáno, že délka laktace u žen s kojícími kloboučky byla delší. Postižení úst dítěte kvasinkovou infekcí také nebylo prokázáno, a naopak vyšší výskyt vzniku kvasinkové infekce v ústech dítěte byl prokázán u novorozence kojeneho bez kojícího kloboučku. (Kotíková, 2019, s. 188)

4.3 Poruchy vývoje laktace

Faktorů, které mohou negativně ovlivnit vývoj laktace, je velké množství. První skupinou negativních faktorů na vývoj laktace je psychologický stav matky, kdy u žen může docházet k negativním myšlenkám, spojených s obavami ze selhání při kojení, pochybnostmi nad tím, zda

má jejich mateřské mléko správné a dostatečné složení pro novorozence, v neposlední řadě také špatná podpora rodiny či zdravotnického personálu, kdy zdravotnický personál neposkytuje kvalitní a dostatečné informace ohledně kojení. Dalším faktorem může být také anestezie, sedativa či protražovaný porod, které mohou mít na laktaci matky také špatný vliv. Negativně může laktaci ovlivnit také pozdní kontakt matky a dítěte po porodu a nesprávná technika kojení. (Roztočil, 2017, s. 223)

Jako hlavní rizikový faktor spojený s absencí laktace během 1 hodiny života je dle studií císařský řez. Dalšími faktory, které se mohou negativně podílet je nízký rodinný příjem, věk matky pod 25 let, nízká úroveň vzdělání matky, nepodstoupení pravidelných kontrol u gynekologa, porod doma, nedostatečná edukace v oblasti kojení a nedonošený novorozenec. (Esteves, 2014, s. 704)

Ženy jsou velice citlivé na prostředí, kde k porodu dochází. Tudiž se na poruchy s laktací může podílet také lékařské prostředí. Bolest rány a pooperační dieta stimuluje sekreci epinefrinu, které poté působí na špatné uvolňování oxytocinu, což vede ke špatné tvorbě a spouštění mateřského mléka. (Su-Ying, 2011, s. 94)

4.4 Zástava laktace

I přes to, že mateřské mléko je pro novorozence nejlepší volbou a přináší pozitivní vliv také na matku, jsou situace, kdy musí dojít k zástavě laktace. Indikací k zástavě laktace jsou úmrtí novorozence či porod mrtvého plodu, potrat v II. Trimestru těhotenství, onemocnění prsu, celkové těžké onemocnění matky v kritickém stavu, abúzus drog či jiných léků, které procházejí do mateřského mléka a jsou pro plod nebezpečné a v neposlední řadě také přání matky či případ, kdy je dítě určeno k adopci. (Fait, Zikán a Mašata, 2019, s. 374)

Kontraindikací kojení mohou být metabolické vady dítěte jako je například galaktosemie, kdy dítěti chybí enzym na štěpení galaktózy. Dále pak fenylketonurie, kdy dítěti chybí jaterní enzym ke štěpení fenylalaninu. Kontraindikací je také nemoc javorového sirupu, jehož podstatou je špatný metabolismus větvených aminokyselin, které jsou součástí bílkovin. (Roztočil, 2017, s. 227)

Důležitou kontraindikací je onemocnění matky, kdy u matky došlo k srdečnímu selhání, vážnému poškození ledvin, jater či plic. Také když matka trpí infekčním onemocněním jako je tuberkulóza, která by však měla být léčena již během těhotenství. Překážkou ke kojení jsou virové infekce, ale v některých případech se s kojením může pokračovat. Například pokud má žena hepatitidu B, tak kojení není kontraindikováno v případě, že po porodu bylo zahájeno

očkování novorozence. Na druhou stranu kojení je kontraindikováno v případě, že je u ženy prokázán HIV virus, kdy riziko přenosu viru z matky na dítě během porodu není zas tak velké, ale velké riziko je přenos viru z matky na dítě mateřským mlékem při kojení. (Roztočil, 2017, s. 227)

Medikace, která je nepřípustná společně s kojením je atropin, chloramfenikol, cimetidin, kodein, cyproteronacetát, diazepam, erythromycin, imipramin, jodid, lithium, linkomycin, medroxyprogesteronacetát, methotrexát, metoklopramid, Metronidazol, fenylbutazon, prokainamid, senna, sulfamethoxazol, theofyllin, trimethoprim, verapamil. (Fait, Zikán a Mašata, 2019, s. 374–375) Pro novorozence a kojence jsou nejzávažnějšími riziky podávání léků matce úmrtí plodu, kongenitální malformace, intoxikace či abstinenční syndrom u novorozenců, neonatální toxicita, defekty a výrazně opožděný vývoj centrální nervové soustavy, porucha kognitivních funkcí, nízká váha a v neposlední řadě dechový útlum kojenců. (Seifertová, 2009, s. 508)

Co se týče laktační psychózy, tak tento název je již dnes přetrvávajícím mýtem. Laktační psychóza zahrnuje nejrozličnější typy poporodních psychóz, u kterých dochází po zástavě laktace ke zlepšení průběhu. Zástava laktace není však specifická léčba poporodní psychózy. Laktační psychóza se objevuje s frekvencí 1 na 400 porodů, a to převážně u žen ve věku 25–35 let. Klinické projevy laktační psychózy nejsou jednotné a mohou se objevit nejrozličnější příznaky od stavu zvaného poporodní blues až po stavy expresivně manického charakteru. Kojení tedy není kontraindikací, pouze v případě, že by psychóza byla léčena skupinami léků, které přestupují do mateřského mléka a negativně ovlivňují novorozence. Preventivní zástava laktace může mít dokonce i negativní vliv na psychiku ženy. (Fait, Zikán a Mašata, 2019, s. 375)

Jsou možné také kontraindikace ke kojení ze strany novorozence, kterými jsou vrozené vývojové vady, nezralost dítěte a přítomnost některých závažných onemocnění novorozence. (Slezáková, 2017, s. 254)

Princip zástavy laktace spočívá v redukci hladiny prolaktinu. Ženě se tedy podává dopaminový centrální agonista, který má za následek redukci tvorby prolaktinu a snižuje se tak produkce mateřského mléka. Zástavu laktace spojujeme vždy také s kompresí prsou. (Fait, Zikán a Mašata, 2019, s. 375)

4.5 Mateřské mléko

Mateřské mléko je živá tekutina, která se neustále přeměňuje v závislosti na tom, aby obsahovala to, co je nezbytné pro správný růst a vývoj dítěte. (Roztočil, 2017, s. 219). Jedná se

o nejpřirozenější ochranu a je bráno jako imunitní základ pro novorozence. Tato zázračná tekutina podporuje vývoj mozku, jelikož obsahuje základní jednotky pro správný rozvoj mozku. (Roztočil, 2017, s. 220)

Součástí mateřského mléka jsou živé buňky neboli buňky kmenové, ze kterých se postupně utvářejí ostatní tělní buňky, kterými jsou například buňky kostí, tuku, jater a mozku. Mateřské mléko má chuťový profil potravin, které se jí během těhotenství a kojení, ochucují plodovou vodu a mléko. Chuť mateřského mléka tudíž může ovlivnit budoucí oblíbené potraviny dítěte. (Roztočil, 2017, s. 220)

Obsah bílkoviny v mateřském mléce je relativně nízký. Podíl kaseinu v mateřském mléce je 40 %, a to je tedy výrazně nižší než u kravského mléka, ve kterém je zastoupen v 60 %. Co se sacharidů týče, tak v mateřském mléce je relativně vysoké množství sacharidů. Právě mateřské mléko obsahuje v porovnání s ostatními mléky nejvíce laktózy. Obsah laktózy je důležitý pro růst *Lactobacillus bifidus* a redukuje tak růst *E. Coli*. Stolice novorozence je tedy kyselá a dráždí tudíž méně kůži než stolice zásaditá. Mateřské mléko obsahuje navíc také oligosacharidy, které podporují růst střevních bifidogenní bakterií. Obsah tuků je v mateřském mléce srovnatelný s obsahem tuku v kravském mléce. Mateřské mléko obsahuje esenciální mastné kyseliny, jako jsou kyselina linolová, alfa linolenová, arachidonová a dokosahexaenová. Tyto esenciální mastné kyseliny jsou důležité pro správný rozvoj CNS a oční sítnice. Tuky v mateřském mléce se lépe vstřebávají díky obsahu lipázy, kterou v kravském mléku nenajdeme. Obsah minerálů je v mateřském mléce docela nízký. V mateřském mléce jsou zastoupené také vitamíny, jejichž množství je dostatečné pro denní příjem dítěte, ale pouze za předpokladu, že kojící žena má vyváženou a správnou stravu. Nedostatkem je však vitamín D a K, které musíme novorozenci dodávat uměle. (Muntau, 2014, s. 52–53)

4.5.1 Druhy mateřského mléka

Kolostrum neboli prvotní mateřské mléko má hustý a žlutavý vzhled. Objevuje se do 4. dne života novorozence. Má nižší energetický obsah, a to 56 kcal / 100 ml. Má nižší obsah tuků a sacharidů, ale na druhou stravu má vyšší obsah bílkovin. Kolostrum je bohaté na červené krvinky jako jsou makrofágy, polymorfonukleární granulocyty a lymfocyty. (Muntau, 2014, s. 52) Částečně působí mlezivo také jako projímadlo, aby došlo k odchodu smolky neboli první stolice novorozence. Zaživací ústrojí novorozence se poté připraví přijímat větší množství mateřského mléka (Gaskin, 2011, s. 39)

Dalším druhem je **tranzitorní neboli přechodné mateřské mléko**, které se tvoří mezi 5. až 10. dne života novorozence. Má vyšší energetický obsah, a to kolem 60 kcal / 100 ml. Je charakteristické vyšším obsahem tuků a sacharidů, ale nižším obsahem bílkovin. (Muntau, 2014, s. 52)

A posledním druhem je **zralé mateřské mléko**, které se tvoří od 11. dne po narození. Jeho energetická hodnota je 68 kcal / 100 ml. V tomto mléce již převládá obsah tuků a obsah sacharidů je stejný jako u přechodného mateřského mléka. (Muntau, 2014, s. 52)

Ženy, jsou obvykle schopny tvořit více mléka, než miminko samo o sobě potřebuje. Tvorba mléka je závislá na množství mléka, které je odebíráno a na frekvenci odebírání mateřského mléka. Příroda totiž zařídila, že žena je schopna krmit více dětí najednou, jako je tomu u ostatních savců. Je dokázáno, že i podvyživené ženy dokážou vytvořit dostatek kvalitního mateřského mléka. (Gaskin, 2011, s. 41)

Jakmile dojde k produkci mateřského mléka naplno, tak k udržení tvorby mateřského mléka je důležitá stimulace prsou a mléko musí být odebíráno kojením či odstříkáváním nebo odsáváním. Pokud však k těmto 3 procesům nedochází, přestane se mateřské mléko tvořit. (Gaskin, 2011, s. 42)

4.6 Výhody laktace pro ženu

První výhodou kojení, a tedy přirozené výživy pro novorozence, je to, že mateřské mléko je vždy připraveno ve správné teplotě a je nepřetržitě k dispozici. Je zaručena také jeho sterilita. Dochází také k podpoře správného zavinování dělohy po porodu a předchází patologiím při involuci dělohy. (Slezáková, 2017. s. 254)

Kojící ženy také často dosáhnou rychleji předporodní tělesné hmotnosti. Bylo prokázáno, že většina žen přibere během těhotenství 11,5 až 16 kg. Dítě v děloze nejvíce roste během posledních 2 měsíců života, a proto by měl být váhový přírůstek ženy v této době nejvyšší. Ihned po porodu žena ztrácí okolo 4 kg své hmotnosti. Právě kojením se žena rychleji může dostat ke své původní váze před otěhotněním. Americkou studií bylo prokázáno, že během prvního měsíce po porodu ženy, které kojí a ženy, které krmí své dítě umělo výživou hubnout stejně. Avšak změna nastává po prvním měsíci po porodu, kdy dochází k většímu váhovému úbytku u žen, které kojí. Po 6 měsících od porodu byl váhový úbytek kojící ženy vyšší zhruba o 3,2 kg na rozdíl od ženy používající umělou stravu pro kojence. (Moya, 2014, s. 452)

Velmi důležitou výhodou kojení je také nižší riziko karcinomu ovarií, karcinomu prsu a fraktur kyčle v klimakteriu. Z psychologické stránky kojení přispívá ke zlepšení vztahu mezi

matkou a novorozencem, kdy se matka naučí porozumět a uspokojit potřeby dítěte. V neposlední řadě je velkou výhodou důvod ekonomický, jelikož je mateřské mléko zdarma a v rámci rozpočtu matka nemusí myslet na nákup umělé výživy pro novorozence. (Slezáková, 2017, s. 254)

4.7 Výhody laktace pro novorozence

V rámci imunologického hlediska je mateřské mléko ochranou před infekcemi, jelikož obsahuje specifické imunoglobuliny, a to zejména sekreční protilátky IgA, IgM a IgG, lysozomy a laktoferrin. Lysozomy jsou zodpovědné za štěpení mukopolysacharidů a mukopeptidů buněčných stěn grampozitivních bakterií. Laktoferin má za úkol brzdit vazbou železa růst enterobakterií závislých na železu. V mateřském mléce se vyskytují protilátky, které si tělo matky vytvořilo při setkání s patogenem a plní tak obranou funkci v trávicím traktu novorozence. (Muntau, 2014, s. 54)

Bylo dokázáno, že kojené děti, které mají k dispozici dobré životní podmínky a mají dobrý genetický růstový potenciál, rostou v prvním roce života pomaleji než děti živené umělou stravou. Ale i přes to mají kojené děti větší procento tělesného tuku v těle. (Mitrová a Bronský, 2014, s. 40)

V mateřském mléce je hojně zastoupená *Lactobacillus fermentum*, což je probiotikum, které příznivě ovlivňuje složení střevní mikroflóry a střevní imunitní systém. U kojených dětí byl tedy prokázán nižší výskyt gastrointestinálních onemocnění a také respiračního onemocnění. Tohle probiotikum také souvisí s prevencí obezity u dětí. (Gregora, 2017, 71)

Dalším pozitivním vlivem kojení jsou fyziologické hodnoty krevního tlaku ve věku 13–16 let. Jedním z reálných mechanismů, který má pozitivní vliv na krevní tlak kojeného dítěte je účinek LC-PUFA. (Mitrová a Bronský, 2014, s. 40)

Mateřské mléko má také vyšší obsah cholesterolu než náhradní kojenecká strava. Bylo dokázáno, že celkový cholesterol u dětí a dospívajících již není závislý na způsobu výživy v kojeneckém období. Ale u dospělých osob byly prokázány nižší hodnoty cholesterolu, pokud byli živeni mateřským mlékem. (Mitrová a Bronský, 2014, s. 40)

Dalším pozitivním jevem u kojeného dítěte je vliv na jeho tělesnou hmotnost. Několika studiemi bylo prokázáno, že obezita se objevuje u dětí, které byly krmeny umělou stravou a obezita u nich přetrvává až do dospělosti. Jednoduchým vysvětlením tohoto jevu je, že kojenec se naučí kontrolovat množství mateřského mléka, které vypije, a proto jsou také schopni si v dospělosti lépe kontrolovat a regulovat svůj energetický příjem. Mateřské mléko

obsahuje menší množství proteinů a má nižší energetickou hodnotu než umělá kojenecká strava. Nižší množství proteinů totiž způsobuje nižší sekreci inzulínu, a to vede k nižší tvorbě tukových zásob a snižuje se tím pádem riziko budoucí obezity. (Mitrová a Bronský, 2014, s. 41)

Dítě je také díky mateřskému mléku chráněno před alergiemi, velké množství studií však prokázalo, že výsledky vlivu mateřského mléka na výskyt alergií není jednoznačný. Nicméně je dokázáno, že příznivý vliv má kojení na prevenci vzniku atopického ekzému. Také bylo prokázáno, že rozvoj celiakie je o 52 % nižší u dětí, které byly živěny mateřským mlékem. Je také dokázáno, že kojení má kladný imunomodulační efekt na subpopulaci lymfocytů ve střevech kojence a snižuje tak riziko vzniku celiakie. (Mitrová a Bronský, 2014, s. 43)

Kojení slouží jako ochrana před nádorovým onemocněním. Bylo prokázáno, že dlouhodobé kojení, tj. kojení delší než 6 měsíců, snižuje riziko vzniku akutní lymfoblastické leukemie o 20 % a riziko akutní myeloidní leukemie o 15 %. (Mitrová a Bronský, 2014, s. 43)

5 METODIKA VÝZKUMU

Východiskem pro tvorbu tohoto výzkumu byly teoretické poznatky a výsledky studií, které již byly v této problematice provedeny. Jedná se o kvantitativní výzkum. Pro sběr dat bylo využito dotazníkové šetření, ve kterém ženy uváděly své informace a poznatky svého nástupu laktace na oddělení šestinedělí.

5.1 Výzkumný problém

V dnešní době je přirozené výživě novorozence věnována opravdu velká pozornost a je na ni kladen velký důraz. Kojení je součástí našeho Národního programu podpory zdraví a nepostradatelnou součástí preventivních programů pro 21. století. V dnešní době se již mnoho nemocnic může pyšnit titulem Baby friendly hospital, jehož volný překlad znamená nemocnice přátelská k dětem. Kojení, jak je obecně známo, přináší pozitivní vliv, jak na novorozence, tak na matku samotnou. Samotný nástup laktace je však velice složitý proces a působí na něj hned několik faktorů. Jedním z hlavních faktorů, který se podílí na nástupu laktace je způsob porodu, který rodička podstoupila. Praktická část této diplomové práce se tedy zaměřuje na to, jaký je rozdíl nástupu laktace u ženy po vaginálním porodu a u ženy po porodu císařským řezem a dále také jaké faktory nástup laktace ovlivňují.

5.2 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavní cíl

Charakterizovat nástup laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem z hlediska prvního přiložení dítěte, doby nástupu laktace vzhledem k věku ženy, paritou ženy a zastoupení žen, které při kojení vyzkouší více poloh.

Dílčí cíl 1

Stanovit dobu prvního přiložení dítěte metodou skin to skin u žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem.

- **H0₁** Mezi dobou prvního přiložení dítěte metodou skin to skin u žen po vaginálním porodu a u žen po císařském řezu není časový rozdíl.
- **H1₁** Doba prvního přiložení dítěte metodou skin to skin je u žen po vaginálním porodu kratší, než je u žen po císařském řezu.

Dílčí cíl 2

Srovnat dobu nástupu laktace u žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem vzhledem k jejich věku.

- **H02** Nástup laktace u žen jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem není závislý na věku matky.
- **H12** Nástup laktace u žen jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem je závislý na věku matky.

Dílčí cíl 3

Zjistit, zda parita ženy má vliv na vývoj laktace jak po vaginálním porodu, tak po porodu císařským řezem.

- **H03** Parita ženy nemá vliv na vývoj laktace jak u ženy po vaginálním porodu ani u žen po porodu císařským řezem.
- **H13** Parita ženy má vliv na vývoj laktace jak u ženy po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem.

Dílčí cíl 4

Stanovit zastoupení žen, které při kojení vyzkouší více poloh po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem.

- **H04** Relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je stejná jak po vaginálním porodu, tak po porodu císařským řezem.
- **H14** Relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je vyšší po vaginálním porodu než po porodu císařským řezem.

5.3 Charakteristika souboru

Zkoumanou skupinu tvořily ženy hospitalizované po porodu na oddělení šestinedělí v nemocnici ve Frýdku-Místku. Výzkumné šetření poté probíhalo právě na oddělení šestinedělí v nemocnici ve Frýdku-Místku. Vstupními kritérii pro výzkum tedy byly: matka po jakémkoliv způsobu porodu, která porodila v jakémkoli gestačním stáří novorozence, kojící matka a matka, která byla hospitalizovaná na oddělení šestinedělí v nemocnici ve Frýdku-Místku. Vstupním kritériem bylo také podepsání souhlasu s dotazníkovým šetřením, sběrem údajů a jejich následném zpracování. Rodičkám při příchodu na oddělení šestinedělí byl rozdán dotazník, se kterým se měly čas seznámit a klást dotazy ohledně nejasností, které měly. Ženy byly poučeny o jeho anonymním vyplnění a seznámeny s místem, kde mohly dotazník odevzdat při ukončení

hospitalizace. Respondentky byly také poučené o ochraně osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. a nařízení EU 2016/679. Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením byl součástí každého dotazníku. Na vyplnění byl dostatek času, a to po celou dobu jejich hospitalizace na oddělení šestinedělí v nemocnici ve Frýdku-Místku. Z výzkumného souboru poté byly vyřazeny matky, které neudělily souhlas s dotazníkovým šetřením, sběrem údajů a jejich následném zpracováním a také matky, které chtěly zastavit laktaci ihned po porodu, či u nich byla laktace kontraindikována.

5.4 Metoda sběru dat

K získání dat k výzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum. Data byla získávána pomocí dotazníkového šetření. Pro sběr dat vztahujících se k nástupu laktace po vaginálním porodu a po porodu cisařským řezem byl použit nestandardizovaný dotazník (příloha č. 4). Výzkum byl před rozdělením respondentům schválen etickou komisí Univerzity Palackého v Olomouci (příloha č. 3). Dotazník obsahuje 19 otázek, které se týkají faktorů ovlivňujících nástup laktace. První skupina otázek se týkala samotného porodu. Druhá skupina otázek se zaměřovala na laktaci, ať už z pohledu jejího nástupu, polohách kojení či přípravků, které její nástup podporují. Poslední otázka byla zaměřena na spokojenost žen s edukací zdravotnického personálu v nemocnici. První 4 otázky byly otevřené, kde žena odpovídala na základní informace týkající se jí samé. Ostatní otázky byly již uzavřené a žena má vždy na výběr ze 4 možností.

Dotazník byl v tištěné formě ženám rozdán po příchodu na oddělení šestinedělí. Žena byla s dotazníkem seznámena a měla možnost se zeptat na případné dotazy. Žena byla také seznámena s místem, kde mohla anonymně dotazník odevzdat. Místo na odevzdání bylo v denní místnosti na oddělení šestinedělí, kde jej ženy vkládaly do uzavíratelné krabice.

5.5 Realizace výzkumu

Před provedením výzkumu bylo osloveno vedení Nemocnice ve Frýdku-Místku. Na ředitelství nemocnice ve Frýdku-Místku byla zaslána žádost o provedení výzkumu, který byl schválen. Po návratu kladně vyřízené žádosti, která byla podepsána náměstkyní na ošetrovatelskou péči v Nemocnici ve Frýdku-Místku (příloha č. 2) vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení provedení výzkumu schválila. Se souhlasem nemocnice s provedením výzkumu byl etické komisi Univerzity Palackého v Olomouci zaslán sestavený dotazník k výzkumnému šetření (příloha č. 4) společně s informovaným souhlasem s dotazníkovým šetřením (příloha č. 5). Po kladném vyřízení žádosti pro etickou komisi byl

výzkum realizován (příloha č. 3). Dotazníky byly respondentkám rozdány na oddělení šestinedělí v nemocnici ve Frýdku-Místku v papírové formě. Dotazníkové šetření probíhalo v období od 1. 9. 2021 až 1. 2. 2022.

5.6 Zpracování dat

Informace z vyplněných dotazníků od respondentek byly zpracovány pomocí tabulkového procesoru MS Excel. K vyhodnocení dat byla použita statistická metoda s využitím absolutních a relativních četností. Ke každé otázce z dotazníku byla vytvořena tabulka a graf, kde jsou znázorněny výsledky dané otázky dotazníkového šetření. Tabulky a grafy byly jednotlivě popsány. Dále se pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti ověřovaly stanovené hypotézy. Test však vyžaduje splnění podmínek dobré aproximace. 80 % teoretických četností musí být vyšší než 5 a zbylých 20 % nesmí klesnout pod 1. V případě nesplnění podmínek bylo nutné sloučit některé kategorie proměnných. Testy byl proveden na hladině významnosti 0,05.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

6.1 Statistické hodnocení dotazníků

Věk rodičky

V první otázce musely respondenty uvést svůj věk. Průměrný věk respondentek byl 30,56. Věkové rozpětí mezi respondentkami bylo od 18 do 44 let. V tabulce č. 1 je uveden právě průměrný věk respondentek a medián věku respondentek. Dále v tabulce najdeme také nejnižší věk respondenty, který byl 18 let, a nejvyšší věk respondenty, který byl 44 let. Jako poslední informaci můžeme z tabulky vyčíst směrodatnou odchylku, která má hodnotu 4,82. Pod tabulkou je přiložen také graf č. 1, ze kterého lze vyčíst počet respondentů v daném věku.

Tělesná hmotnost rodičky před otěhotněním

Ve druhé otázce musely respondenty uvést svou váhu před otěhotněním. V tabulce č. 1 je uvedena průměrná váha respondentek před porodem, která byla 71,83 kg a hodnota mediánu. Dále z tabulky vyčteme nejnižší váhu respondenty před porodem, která byla 46 kg, a nejvyšší váhu respondenty před porodem, která byla 122 kg. Jako poslední vyčteme z tabulky hodnotu směrodatné odchylky, která má hodnotu 15,31 kg. Níže je přiložen graf č. 2, kde lze vyčíst počet rodiček s danou váhou před porodem.

Tělesná hmotnost rodičky během porodu

Ve třetí otázce musely respondenty uvést svou váhu během porodu. V tabulce č. 1 vidíme průměrnou váhu respondentek během porodu, která byla 84,09 kg a hodnotu mediánu. Dále z tabulky vyčteme nejnižší váhu respondenty během porodu, která byla 55 kg, a nejvyšší váhu respondenty během porodu, která byla 145 kg. Jako poslední vyčteme z tabulky hodnotu směrodatné odchylky, která má hodnotu 15,08 kg. Níže je přiložen graf č. 3, kde vyčteme počet rodiček s danou váhou během porodu.

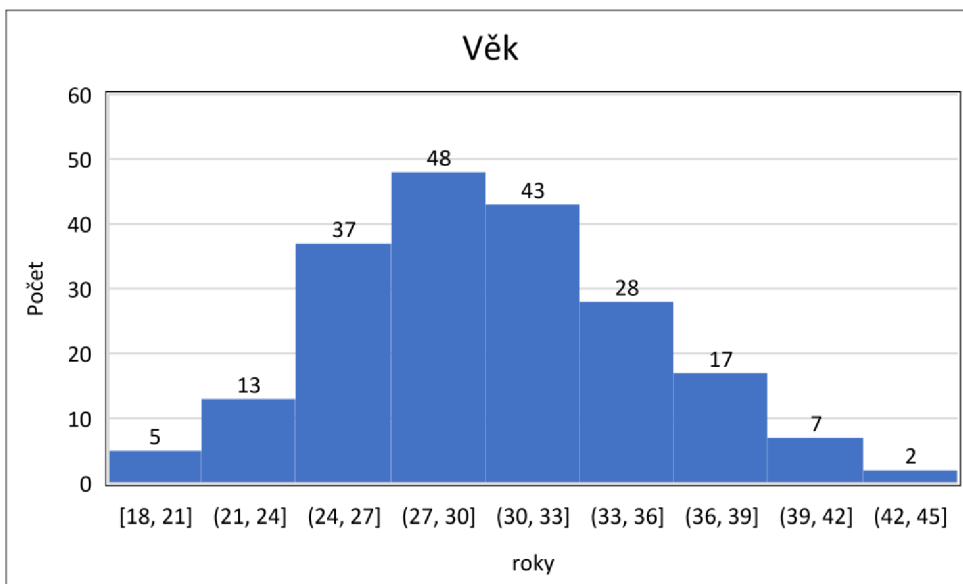
Porodní váha novorozence

Ve čtvrté otázce musely respondenty uvést porodní váhu svého novorozence. V tabulce č. 1 vidíme průměrnou porodní váhu novorozence, která byla 3 457,79 g a hodnotu mediánu. Dále z tabulky vyčteme nejnižší porodní váhu novorozence, která byla 2 200 g, a nejvyšší porodní váhu novorozence, která byla 4 460 g. Jako poslední vyčteme z tabulky hodnotu směrodatné odchylky, která má hodnotu 459,10 g. Níže je přiložen graf č. 4, kde vyčteme počet novorozenců s danou porodní váhou.

Tabulka 1 Věk respondentek, jejich váha před otěhotněním a při porodu, porodní váha novorozence

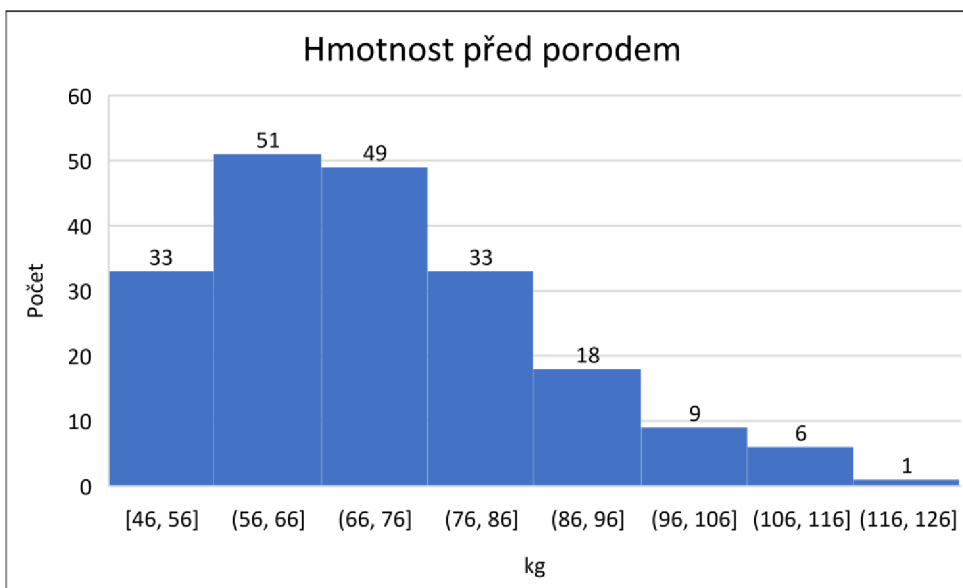
	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Věk	30,56	30	18	44	4,82
Jaká byla vaše tělesná hmotnost před porodem?	71,83	70	46	122	15,31
Jaká byla vaše tělesná hmotnost při porodu?	84,09	82	55	145	15,08
Jaká byla porodní váha novorozence?	3 457,79	3 430	2 200	4 460	459,10

Zdroj: vlastní zpracování



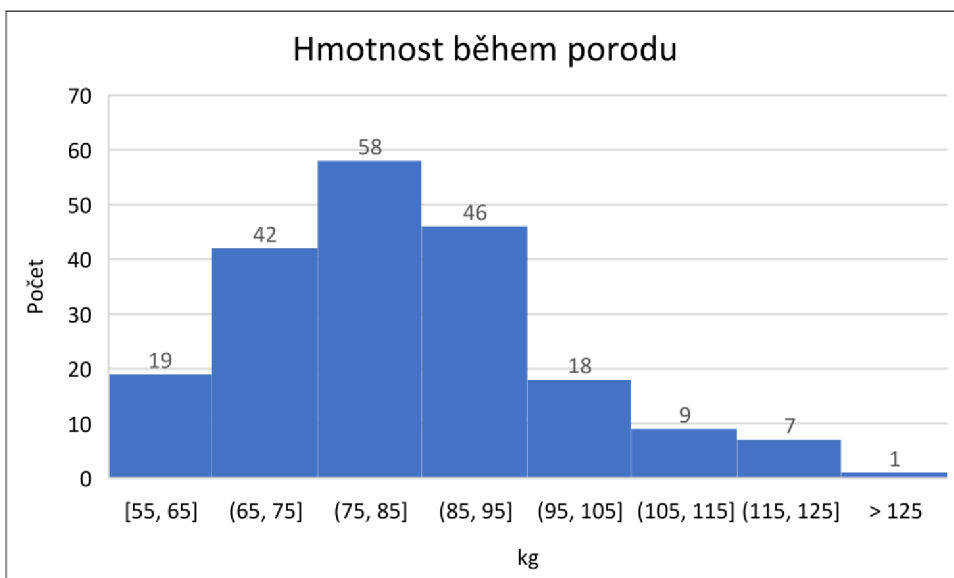
Graf 1 Počet respondentek v daném věku

Zdroj: vlastní zpracování



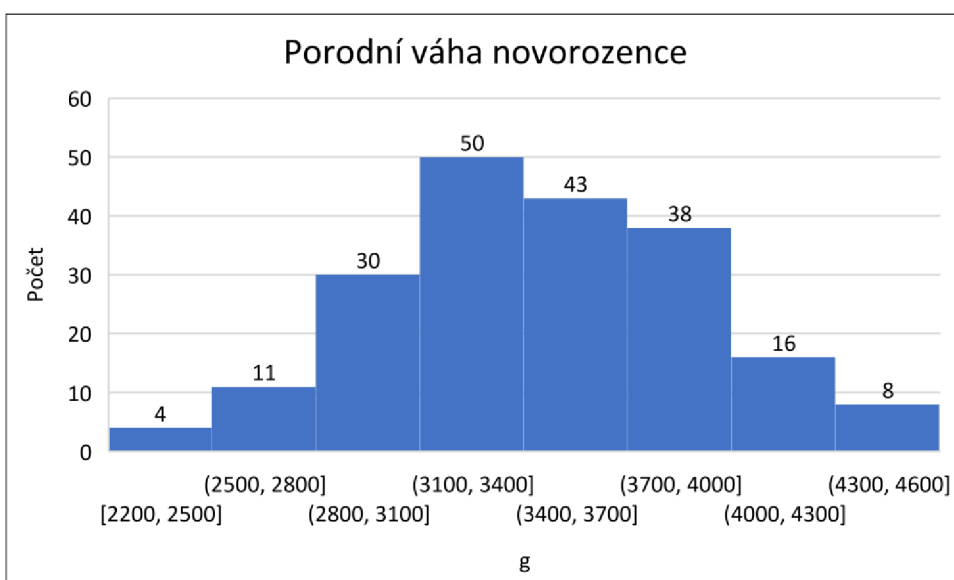
Graf 2 Hmotnost respondentek před porodem

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 3 Hmotnost respondentek během porodu

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 4 Porodní váha novorozence

Zdroj: vlastní zpracování

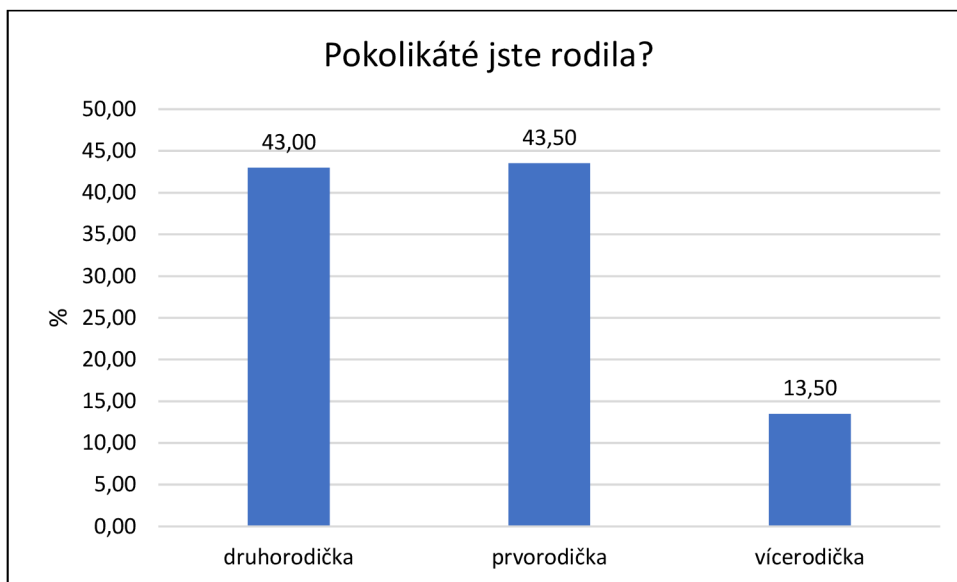
Parita rodičky

V páté otázce respondentky vybíraly ze 3 nabízených možností a uvedly tak, pokolikáté rodily. V tabulce č. 2 můžeme vidět absolutní četnost prvorodiček, druhorodiček a vícero diček. Můžeme říct, že v největším zastoupení byly prvorodičky a v nejmenším zastoupení byly vícero dičky. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 2 najdeme graf č. 5, který nám ukazuje relativní četnost dle parity rodiček.

Tabulka 2 Parita rodičky

Pokolikáté jste rodila?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Druhorodička	86	43,00
Prvorodička	87	43,50
Vícerodička	27	13,50

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 5 Parita rodičky

Zdroj: vlastní zpracování

Způsob porodu

V šesté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, o jaký způsob porodu se v jejich případě jednalo. V tabulce č. 3 můžeme vidět absolutní četnost akutního císařského řezu, plánovaného císařského řezu, indukovaného vaginálního porodu a spontánního vaginálního porodu. Můžeme říct, že nejvíce respondentek podstoupilo spontánní vaginální porod, na druhou stranu nejméně respondentek podstoupilo akutní císařský řez. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 3 najdeme graf č. 6, který nám ukazuje relativní četnost způsobů porodu.

Tabulka 3 Způsob porodu

Jakým způsobem jste rodila?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Akutní císařský řez	21	10,50
Plánovaný císařský řez	29	14,50
Indukovaný vaginální porod	56	28,00
Spontánní vaginální porod	94	47,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 6 Způsob porodu

Zdroj: vlastní zpracování

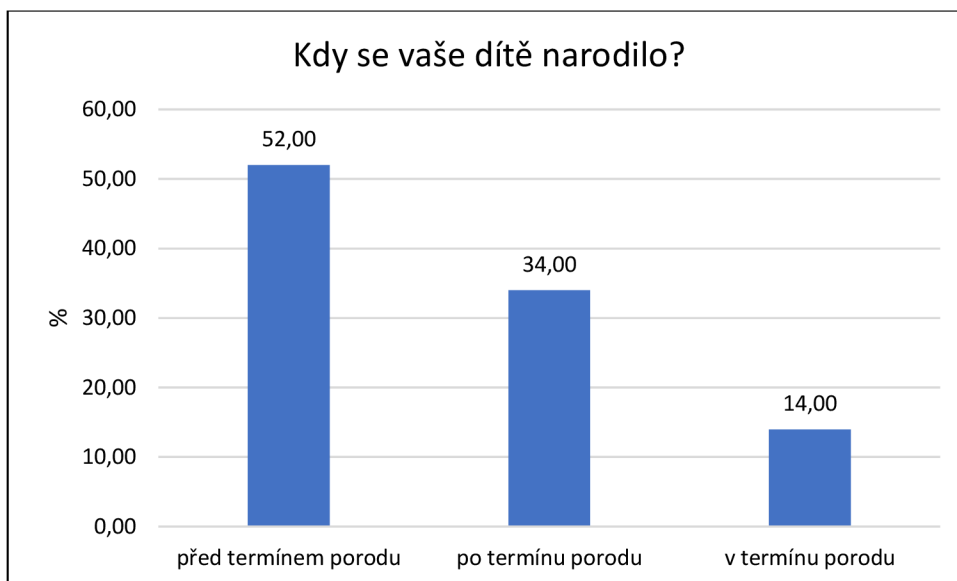
Termín porodu

V sedmé otázce respondentky vybíraly ze 3 nabízených možností a uvedly tak, zda rodily před termínem, v termínu nebo po termínu porodu. V tabulce č. 4 můžeme vidět absolutní četnost respondentek rodících před termínem, v termínu a po termínu porodu. Můžeme říct, že nejvíce respondentek rodilo před termínem porodu, na druhou stranu nejméně respondentek rodilo v termínu porodu. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 4 najdeme graf č. 7, který nám ukazuje relativní četnost respondentek rodících před termínem, v termínu či po termínu porodu.

Tabulka 4 Termín narození novorozence

Kdy se vaše dítě narodilo?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Před termínem porodu	104	52,00
Po termínu porodu	68	34,00
V termínu porodu	28	14,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 7 Termín narození novorozence

Zdroj: vlastní zpracování

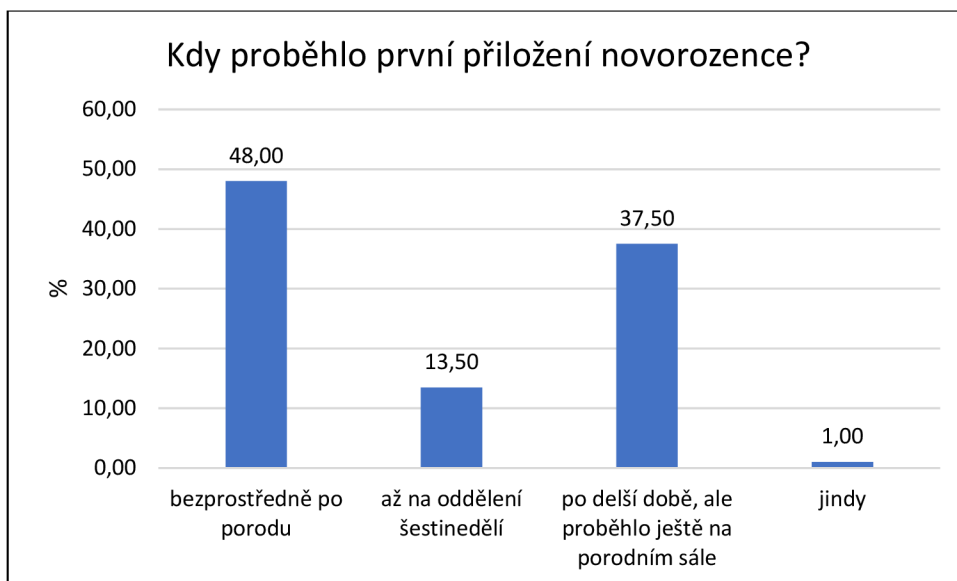
První přiložení novorozence k prsu

V osmé otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, kdy u nich došlo k prvnímu přiložení novorozence k prsu. V tabulce č. 5 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, u nichž došlo k prvnímu přiložení novorozence k prsu bezprostředně po porodu, po delší době, ale proběhlo ještě na porodním sále, proběhlo až na oddělení šestinedělí nebo proběhlo jindy. Můžeme říct, že u nejvíce respondentek došlo k prvnímu přiložení novorozence bezprostředně po porodu, na druhou stranu u nejméně respondentek došlo k prvnímu přiložení novorozence k prsu jindy, než bylo v možných odpovědích. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 5 najdeme graf č. 8, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, u kterých došlo k prvnímu přiložení novorozence k prsu bezprostředně po porodu, po delší době, ale ještě na porodním sále, až na oddělení šestinedělí či jindy.

Tabulka 5 První přiložení novorozence

Kdy proběhlo první přiložení novorozence?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Bezprostředně po porodu	96	48,00
Až na oddělení šestinedělí	27	13,50
Po delší době, ale proběhlo ještě na porodním sále	75	37,50
Jindy	2	1,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 8 První přiložení novorozence

Zdroj: vlastní zpracování

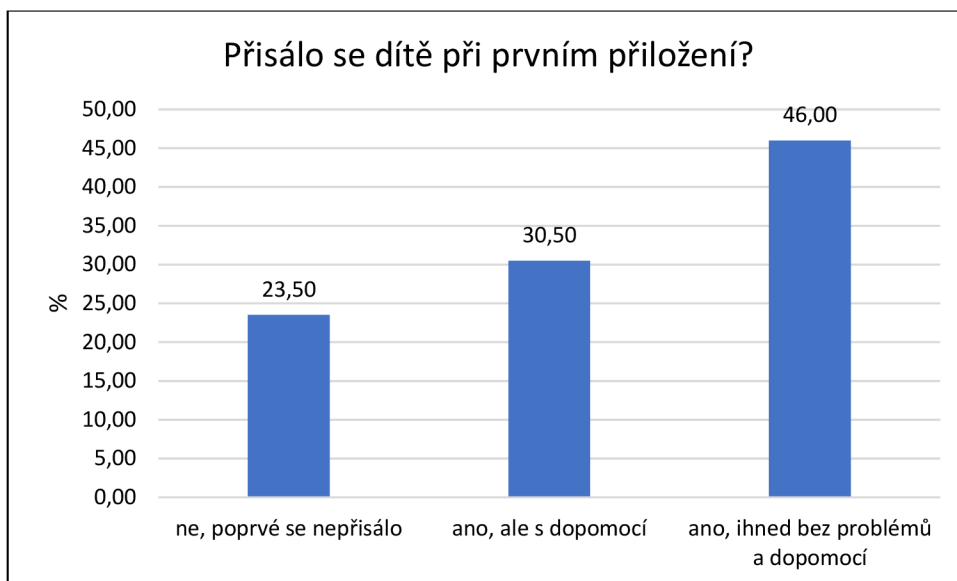
Přísání novorozence při prvním přiložení k prsu

V deváté otázce respondentky vybíraly ze 3 nabízených možností a uvedly tak, zda u nich došlo u prvního přiložení novorozence k prsu k jeho přísátí ihned bez problémů a bez dopomoci, došlo k přísátí, ale s dopomocí či nedošlo k přísátí novorozence k prsu. V tabulce č. 6 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, u nichž došlo u prvního přiložení novorozence k prsu k jeho přísátí ihned bez problémů a bez dopomoci, došlo k přísátí, ale s dopomocí či nedošlo k přísátí novorozence k prsu. Můžeme říct, že u nejvíce respondentek došlo při prvním přiložení novorozence k prsu k úspěšnému přísátí novorozence bez problémů a dopomoci, na druhou stranu u nejméně respondentek došlo u prvního přiložení novorozence k prsu k nepřísátí novorozence. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 6 najdeme graf č. 9, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, u kterých došlo při prvním přiložení novorozence k prsu k jeho přísátí ihned bez problémů a bez dopomoci, došlo k přísátí, ale s dopomocí či nedošlo k přísátí novorozence k prsu.

Tabulka 6 Přísání dítěte při prvním přiložením k prsu

Přísálo se dítě při prvním přiložení?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ne, poprvé se nepřísálo	47	23,50
Ano, ale s dopomocí	61	30,50
Ano, ihned bez problémů a dopomocí	92	46,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 9 Přisání dítěte při prvním přiložení k prsu

Zdroj: vlastní zpracování

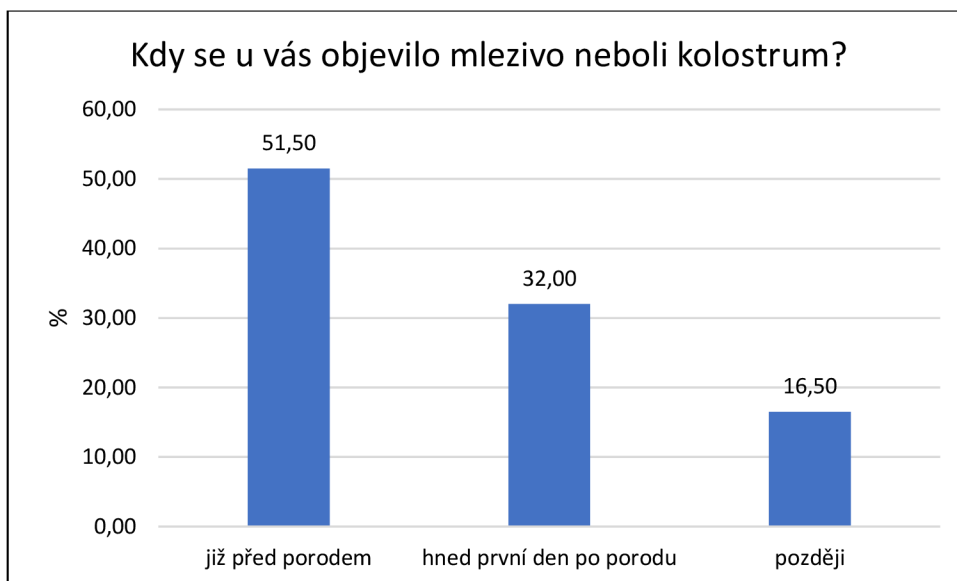
Spuštění mleziva neboli kolostra

V desáté otázce respondentky vybíraly ze 3 nabízených možností a uvedly tak, zda se u nich objevilo kolostrum již před porodem, hned první den po porodu nebo jindy. V tabulce č. 7 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, u nichž se objevilo kolostrum již před porodem, hned první den po porodu nebo později. Můžeme říct, že u nejvíce respondentek se objevilo kolostrum již před porodem, na druhou stranu u nejméně respondentek se objevilo kolostrum později. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 7 najdeme graf č. 10, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, u kterých se objevilo kolostrum již před porodem, hned první den po porodu nebo později.

Tabulka 7 Objevení mleziva neboli kolostra

Kdy se u vás objevilo mlezivo neboli kolostrum?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Již před porodem	103	51,50
Hned první den po porodu	64	32,00
Později	33	16,50

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 10 Objevení mleziva neboli kolostra

Zdroj: vlastní zpracování

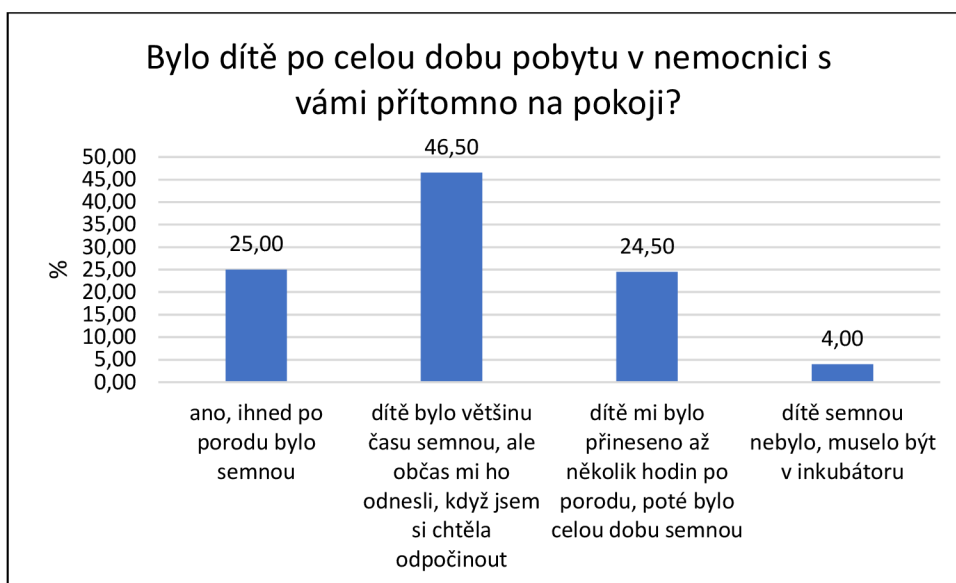
Přítomnost novorozence na pokoji

V jedenácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, zda bylo dítě ihned po porodu na pokoji s nimi, zda bylo s nimi dítě většinu času, ale odnesli ho, když si chtěla žena odpočinout, zda jim dítě bylo přineseno až po několika hodinách po porodu či s nimi nemohlo dítě být z důvodu nutnosti použití inkubátoru. V tabulce č. 8 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, se kterými bylo dítě ihned po porodu na pokoji, dítě bylo s nimi většinu času, ale odnesli ho, když si chtěla žena odpočinout, dítě jim bylo přineseno až po několika hodinách po porodu či s nimi nemohlo dítě být z důvodu nutnosti použití inkubátoru. Můžeme říct, že nejvíce respondentek mělo dítě většinu času u sebe na pokoji, ale odnesli ho, když si chtěla žena odpočinout, na druhou stranu nejméně respondentek nemělo dítě u sebe z důvodu potřeby inkubátoru. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 8 najdeme graf č. 11, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, se kterými bylo dítě ihned po porodu na pokoji, dítě bylo s nimi většinu času, ale odnesli ho, když si chtěla žena odpočinout, dítě jim bylo přineseno až po několika hodinách po porodu či s nimi nemohlo dítě být z důvodu nutnosti použití inkubátoru.

Tabulka 8 Přítomnost novorozence s matkou na pokoji

Bylo dítě po celou dobu pobytu v nemocnici s vámi přítomno na pokoji?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ano, ihned po porodu bylo semnou	50	25,00
Dítě bylo většinu času semnou, ale občas mi ho odnesli, když jsem si chtěla odpočinout	93	46,50
Dítě mi bylo přineseno až několik hodin po porodu, poté bylo celou dobu semnou	49	24,50
Dítě semnou nebylo, muselo být v inkubátoru	8	4,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 11 Přítomnost novorozence s matkou na pokoji

Zdroj: vlastní zpracování

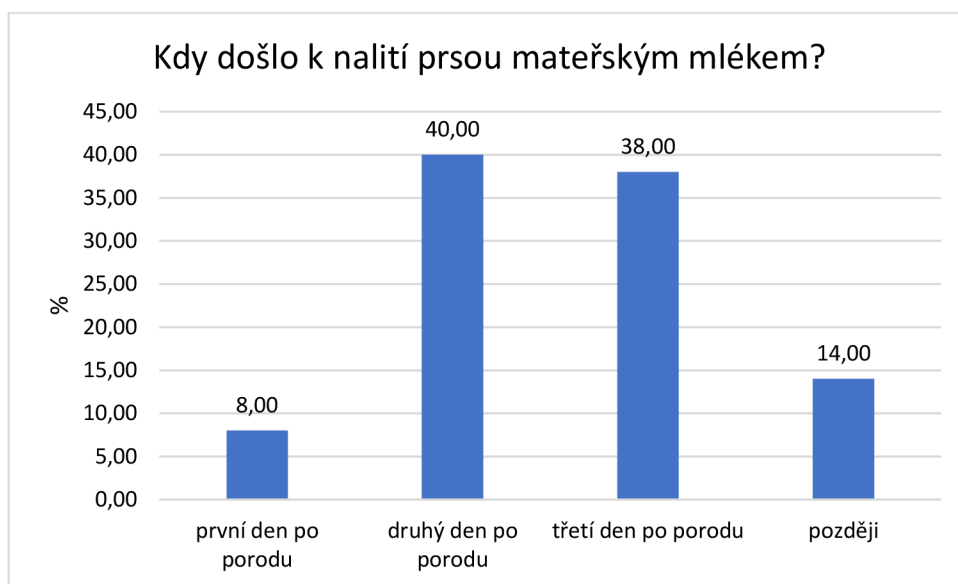
Nalítí prsou mateřským mlékem

Ve dvanácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, kdy u nich došlo k nalítí prsou mateřským mlékem. V tabulce č. 9 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, u kterých došlo k nalítí prsu mateřským mlékem první den po porodu, druhý den po porodu, třetí den po porodu či později. Můžeme vidět, že u nejvíce respondentek došlo k nalítí prsou mateřským mlékem druhý den po porodu, na druhou stranu u nejvíce respondentek došlo k nalítí prsu mateřským mlékem první den po porodu. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 9 najdeme graf č. 12, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, u kterých došlo k nalítí prsu mateřským mlékem první den po porodu, druhý den po porodu, třetí den po porodu či později.

Tabulka 9 Nalítí prsou mateřským mlékem

Kdy došlo k nalítí prsou mateřským mlékem?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
První den po porodu	16	8,00
Druhý den po porodu	80	40,00
Třetí den po porodu	76	38,00
Později	28	14,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 12 Nalítí prsou mateřským mlékem

Zdroj: vlastní zpracování

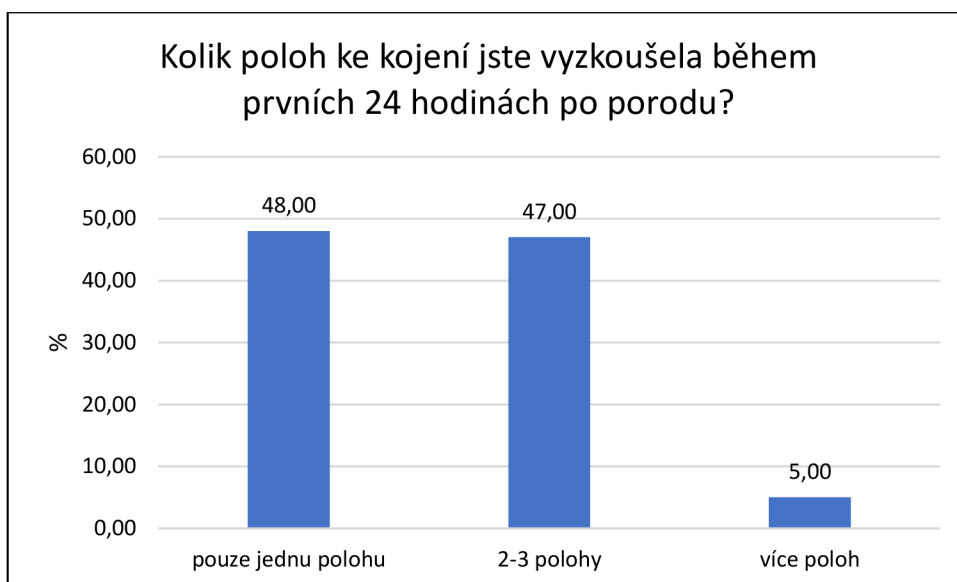
Polohy při kojení v prvních 24 hodinách po porodu

Ve třinácté otázce respondentky vybíraly ze 3 nabízených možností a uvedly tak, kolik poloh při kojení vyzkoušely v prvních 24 hodinách po porodu. V tabulce č. 10 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které vyzkoušely v prvních 24 hodinách po porodu pouze jednu polohu, 2–3 polohy či více poloh. Můžeme říct, že nejvíce respondentek vyzkoušelo v prvních 24 hodinách po porodu pouze jednu polohu ke kojení, na druhou stranu nejméně respondentek vyzkoušelo během prvních 24 hodinách po porodu více poloh, než je v uvedených možnostech. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 10 najdeme graf č. 13, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, které vyzkoušely v prvních 24 hodinách po porodu pouze jednu polohu ke kojení, 2–3 poloh ke kojení či více poloh ke kojení.

Tabulka 10 Počet poloh při kojení během prvních 24 hodinách po porodu

Kolik poloh ke kojení jste vyzkoušela během prvních 24 hodinách po porodu?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Pouze jednu polohu	96	48,00
2–3 polohy	94	47,00
Více poloh	10	5,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 13 Počet poloh při kojení během prvních 24 hodinách po porodu

Zdroj: vlastní zpracování

Dokrmování novorozence umělým mlékem

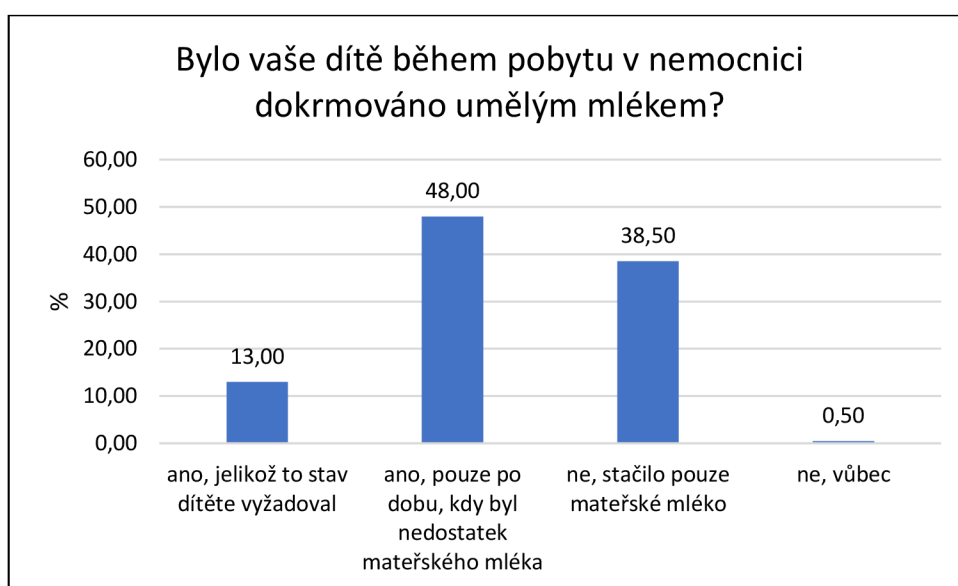
Ve čtrnácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, zda bylo jejich dítě po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem. V tabulce č. 11 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které uvedly, že jejich dítě nebylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, jejichž dítě bylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, ale pouze po dobu, kdy byl nedostatek mateřského mléka a jejichž dítě bylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, jelikož to stav dítěte vyžadoval. Můžeme říct, že nejvíce respondentek uvedlo, že jejich dítě bylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, ale pouze po dobu, kdy byl nedostatek mateřského mléka, na druhou stranu nejméně respondentek odpovědělo, že jejich dítě bylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno, jelikož to jeho zdravotní stav vyžadoval. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 11 najdeme graf č. 14, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, které uvedly, že jejich dítě nebylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, jejichž dítě bylo po

dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, ale pouze po dobu, kdy byl nedostatek mateřského mléka a jejichž dítě bylo po dobu pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem, jelikož to stav dítěte vyžadoval.

Tabulka 11 Dokrmování dítěte umělým mlékem v nemocnici

Bylo vaše dítě během pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ano, jelikož to stav dítěte vyžadoval	26	13,00
Ano, pouze po dobu, kdy byl nedostatek mateřského mléka	96	48,00
Ne, stačilo pouze mateřské mléko	77	38,50
Ne, vůbec	1	0,50

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 14 Dokrmování dítěte umělým mlékem v nemocnici

Zdroj: vlastní zpracování

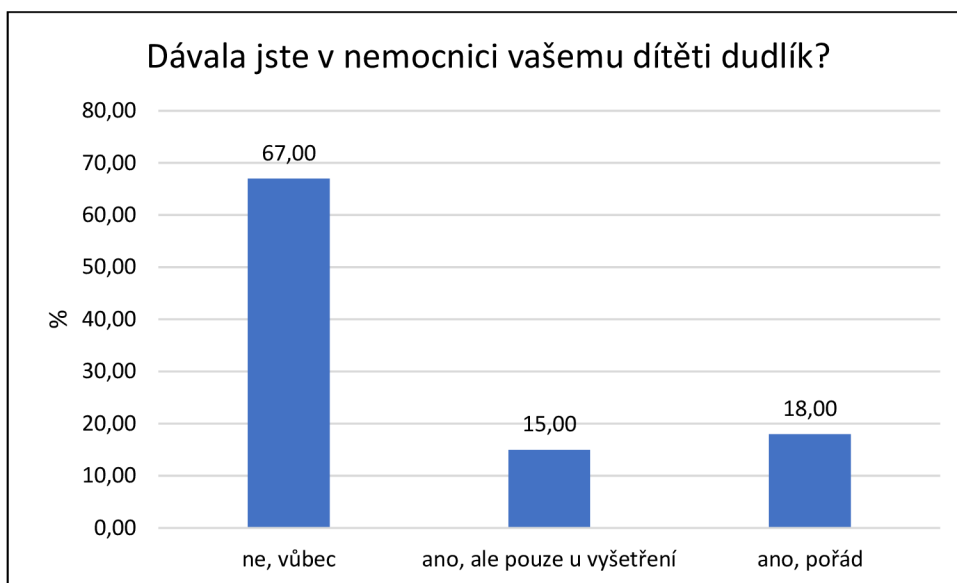
Použití dudlíku

V patnácté otázce respondentky vybíraly ze 3 nabízených možností a uvedly tak, zda používali v nemocnici pro novorozence dudlík. V tabulce č. 12 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které uvedly, že dudlík v nemocnici nepoužívaly vůbec, používaly, ale pouze u vyšetření či ho používaly pořád. Můžeme říct, že nejvíce respondentek uvedlo, že dudlík v nemocnici pro novorozence nepoužívaly vůbec, na druhou stranu nejméně respondentek odpovědělo, že dudlík v nemocnici používaly pouze při vyšetření. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 12 najdeme graf č. 15, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, které uvedly, že dudlík v nemocnici nepoužívaly vůbec, používaly, ale pouze u vyšetření či ho používaly pořád.

Tabulka 12 Používání dudlíku v nemocnici

Dávala jste v nemocnici vašemu dítěti dudlík?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ne, vůbec	134	67,00
Ano, ale pouze u vyšetření	30	15,00
Ano, pořád	36	18,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 15 Používání dudlíku v nemocnici

Zdroj: vlastní zpracování

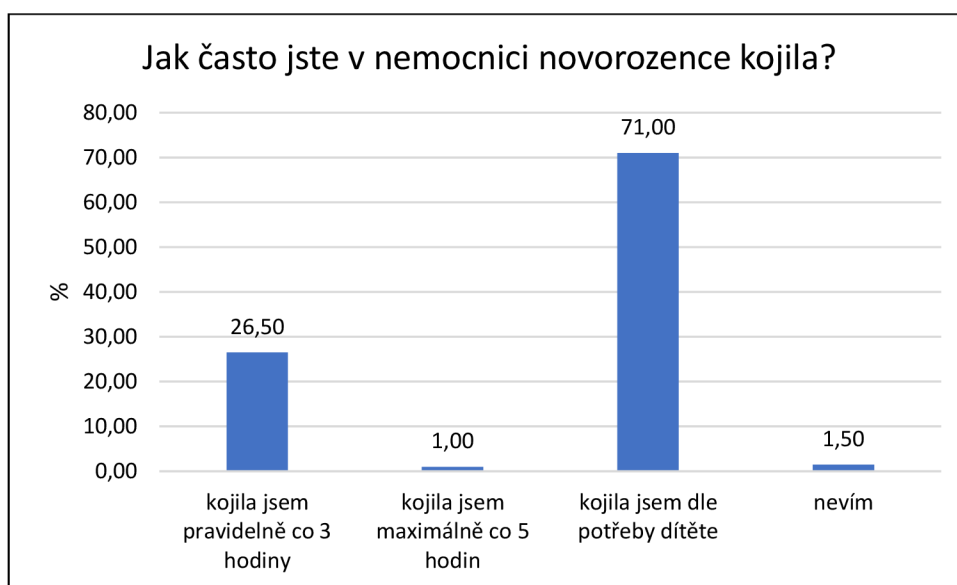
Četnost kojení v nemocnici

V šestnácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, jak často v nemocnici kojily. V tabulce č. 13 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které kojily v nemocnici dle potřeby dítěte, kojily pravidelně co 3 hodiny, kojily maximálně co 5 hodin či četnost kojení nevěděly. Můžeme říct, že nejvíce respondentek uvedlo, že kojily v nemocnici dle potřeby dítěte, na druhou stranu nejméně respondentek uvedlo, že neví, jaká byla četnost jejich kojení v nemocnici. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 13 najdeme graf č. 16, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, které uvedly, že kojily v nemocnici dle potřeby dítěte, kojily pravidelně co 3 hodiny, kojily maximálně co 5 hodin či četnost kojení v nemocnici nevěděly.

Tabulka 13 Četnost kojení v nemocnici

Jak často jste v nemocnici novorozence kojila?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Kojila jsem pravidelně co 3 hodiny	53	26,50
Kojila jsem maximálně co 5 hodin	2	1,00
Kojila jsem dle potřeby dítěte	142	71,00
Nevím	3	1,50

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 16 Četnost kojení v nemocnici

Zdroj: vlastní zpracování

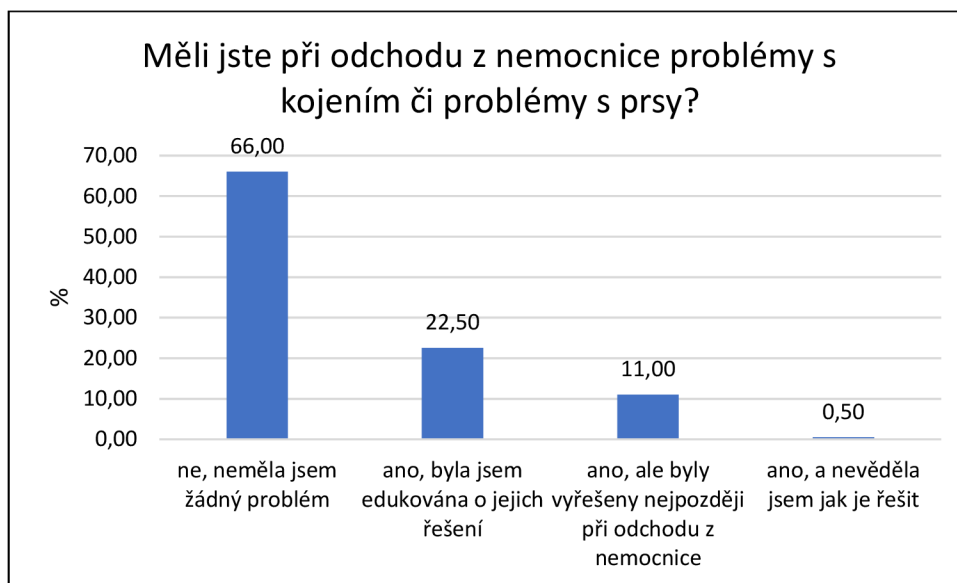
Problémy s prsy či kojení při odchodu z nemocnice

V sedmnácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, zda měly při odchodu z nemocnice problémy s prsy či kojením. V tabulce č. 14 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které uvedly, že neměly problémy s prsy či kojením, měly problémy s prsy či kojením, ale byly edukovány o jejich řešení, měly problémy, ale byly vyřešeny ještě před odchodem z nemocnice či měly problémy a nevěděly, jak je vyřešit. Můžeme říct, že nejvíce respondentek uvedlo, že neměly žádné problémy s prsy či kojením v nemocnici, na druhou stranu pouze jedna respondentka odpověděla, že měla problém s prsy a kojením a nevěděla, jak ho řešit. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 14 najdeme graf č. 17, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, podle přítomnosti problémů s prsy a následnou edukací, které uvedly, že neměly žádné problémy s prsy či kojením, měly problémy s prsy či kojením, ale byly edukovány o jejich řešení, měly problémy, ale byly vyřešeny ještě před odchodem z nemocnice či měly problémy a nevěděly, jak je vyřešit.

Tabulka 14 Problémy s prsy či kojením při odchodu z nemocnice

Měli jste při odchodu z nemocnice problémy s kojením či problémy s prsy?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ne, neměla jsem žádný problém	132	66,00
Ano, byla jsem edukována o jejich řešení	45	22,50
Ano, ale byly vyřešeny nejpozději při odchodu z nemocnice	22	11,00
Ano, a nevěděla jsem, jak je řešit	1	0,50

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 17 Problémy s prsy či kojením při odchodu z nemocnice

Zdroj: vlastní zpracování

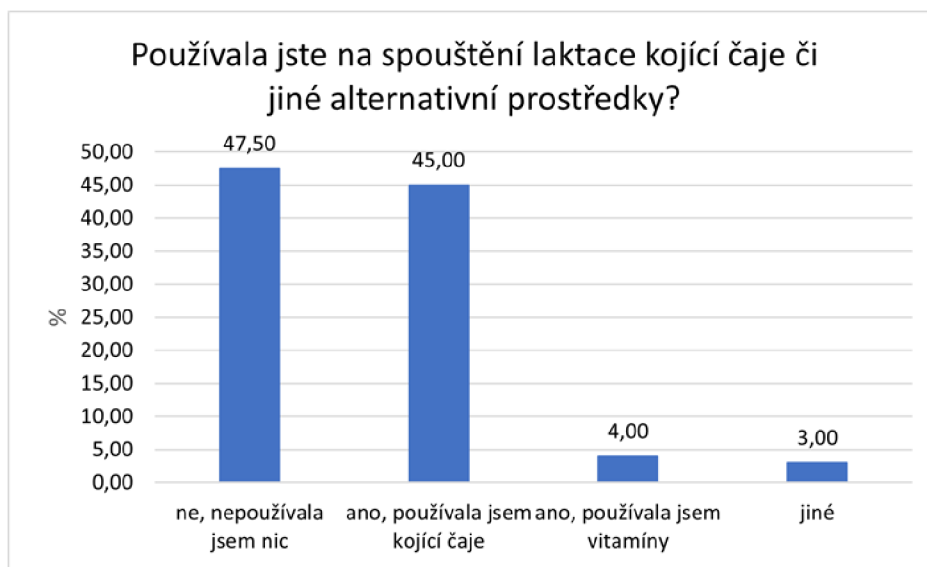
Používání kojících čajů či jiných alternativních prostředků k podpoře kojení

V osmnácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, zda používaly k podpoře kojení nějaké přípravky. V tabulce č. 15 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které uvedly, že nepoužívaly nic k podpoře kojení, používaly k podpoře kojení kojící čaje, k podpoře kojení používaly vitamíny či k podpoře kojení používaly jiné přípravky, jež nejsou uvedeny v nabídce. Můžeme říct, že nejvíce respondentek uvedlo, že nepoužívaly nic k podpoře kojení, na druhou stranu nejméně respondentek odpovědělo, že používalo jiné přípravky k podpoře kojení, které nebyly v nabídce. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 15 najdeme graf č. 18, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, které uvedly, že nepoužívaly nic k podpoře kojení, používaly k podpoře kojení kojící čaje, k podpoře kojení používaly vitamíny nebo k podpoře kojení používaly jiné přípravky, jež nejsou uvedeny v nabídce.

Tabulka 15 Používání kojících čajů či jiných alternativních přípravků pro podporu laktace

Používala jste na spouštění laktace kojící čaje či jiné alternativní přípravky?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ne, nepoužívala jsem nic	95	47,50
Ano, používala jsem kojící čaje	90	45,00
Ano, používala jsem vitamíny	8	4,00
Jiné	6	3,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 18 Používání kojících čajů či jiných alternativních přípravků pro podporu laktace

Zdroj: vlastní zpracování

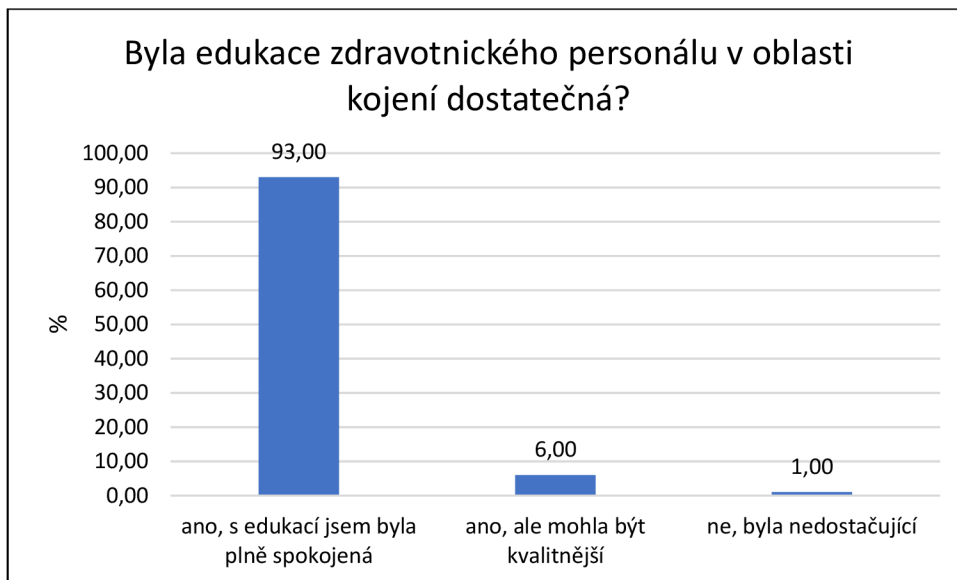
Spokojenost s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení

V devatenácté otázce respondentky vybíraly ze 4 nabízených možností a uvedly tak, zda byly s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení spokojené či nikoli. V tabulce č. 16 můžeme vidět absolutní četnost respondentek, které uvedly, že byly s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení spokojené, zda byly spokojené, ale edukace mohla být kvalitnější či s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení nebyly spokojeny. Můžeme říct, že nejvíce respondentek uvedlo, že byly s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení spokojené, na druhou stranu pouze dvě respondentky uvedly, že nebyly s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení spokojené. Dále z tabulky také vyčteme relativní četnost, která je uvedena v procentuálním zastoupení. Pod tabulkou č. 16 najdeme graf č. 19, který nám ukazuje relativní četnost respondentek, které uvedly, že byly s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení spokojené, zda byly spokojené, ale edukace mohla být kvalitnější či s edukací zdravotnického personálu v oblasti kojení nebyly spokojeny.

Tabulka 16 Spokojenost s edukací zdravotnického personálu

Byla edukace zdravotnického personálu v oblasti kojení dostatečná?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ano, s edukací jsem byla plně spokojená	186	93,00
Ano, ale mohla být kvalitnější	12	6,00
Ne, byla nedostačující	2	1,00

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 19 Spokojenost s edukací zdravotnického personálu

Zdroj: vlastní zpracování

6.2 Analýza hypotéz

Hypotézy k dílčímu cíli 1

H0₁ Nulová hypotéza

Mezi dobou prvního přiložení dítěte metodou skin to skin u žen po vaginálním porodu a u žen po císařském řezu není časový rozdíl.

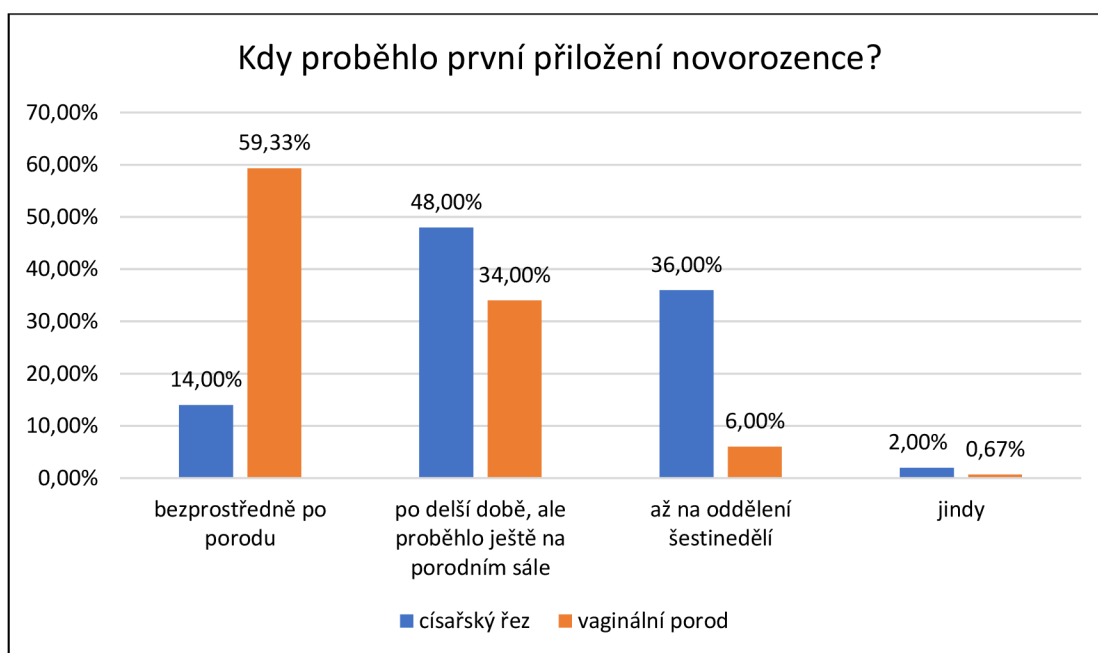
H1₁ Alternativní hypotéza

Doba prvního přiložení dítěte metodou skin to skin je u žen po vaginálním porodu kratší, než je u žen po císařském řezu.

Tabulka 17 Kontingenční tabulka pozorovaných četností přiložení novorozence

Jakým způsobem jste rodila?	Kdy proběhlo první přiložení novorozence?					p-hodnota
	bezprostředně po porodu	po delší době, ale proběhlo ještě na porodním sále	až na oddělení šestinedělí	jindy	celkem	
Císařský řez	7	24	18	1	50	0,000
%	14,00 %	48,00 %	36,00 %	2,00 %		
Vaginální porod	89	51	9	1	150	
%	59,33 %	34,00 %	6,00 %	0,67 %		
Celkem	96	75	27	2	200	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 20 Srovnání doby prvního přiložení novorozence u vaginálního porodu a u porodu císařským řezem

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu i tabulky je patrné, že bezprostředně po porodu byl novorozenec přiložen častěji u matek, které rodily vaginálně (59,33 %). U matek, které rodily císařským řezem, byl novorozenec častěji přiložen po delší době na porodním sále (48 %) nebo až na oddělení šestinedělí (36 %).

V kategorii doby přiložení novorozence jindy, bylo velmi málo matek, proto byla tato kategorie z testování vynechána. Byl proveden chí-kvadrát test nezávislosti. Hodnota testovacího kritéria byla rovna 43,302 a p-hodnota byla 0,000. P-hodnota byla nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy zamítáme.

Podařilo se tedy prokázat, že mezi dobou prvního přiložení novorozence metodou skin to skin u žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem byl časový rozdíl.

Ukázalo se, že doba prvního přiložení novorozence metodou skin to skin byla u žen po vaginálním porodu kratší, než u žen po císařském řezu.

Hypotézy k dílčímu cíli 2

H0₂ Nulová hypotéza

Nástup laktace u žen jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem není závislý na věku matky.

H1₂ Alternativní hypotéza

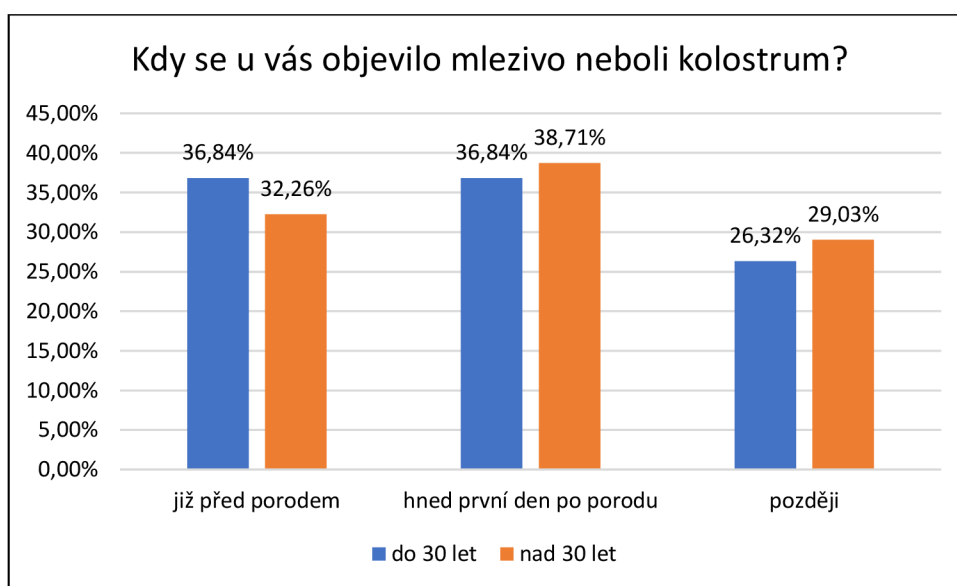
Nástup laktace u žen jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem je závislý na věku matky.

Matky rodící císařským řezem

Tabulka 18 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času objevení mleziva či kolostra u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Věk	Kdy se u vás objevilo mlezivo neboli kolostrum?				p-hodnota
	již před porodem	hned první den po porodu	později	celkem	
Do 30 let	7	7	5	19	0,944
%	36,84 %	36,84 %	26,32 %		
Nad 30 let	10	12	9	31	
%	32,26 %	38,71 %	29,03 %		
Celkem	17	19	14	50	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 21 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu i tabulky je patrné, že se podíl matek dle doby vytvoření mleziva moc neliší. Před porodem se mlezivo objevilo častěji u žen do 30 let. První den po porodu se o něco častěji objevilo mlezivo u žen nad 30 let.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 0,115 a p-hodnota byla 0,944. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

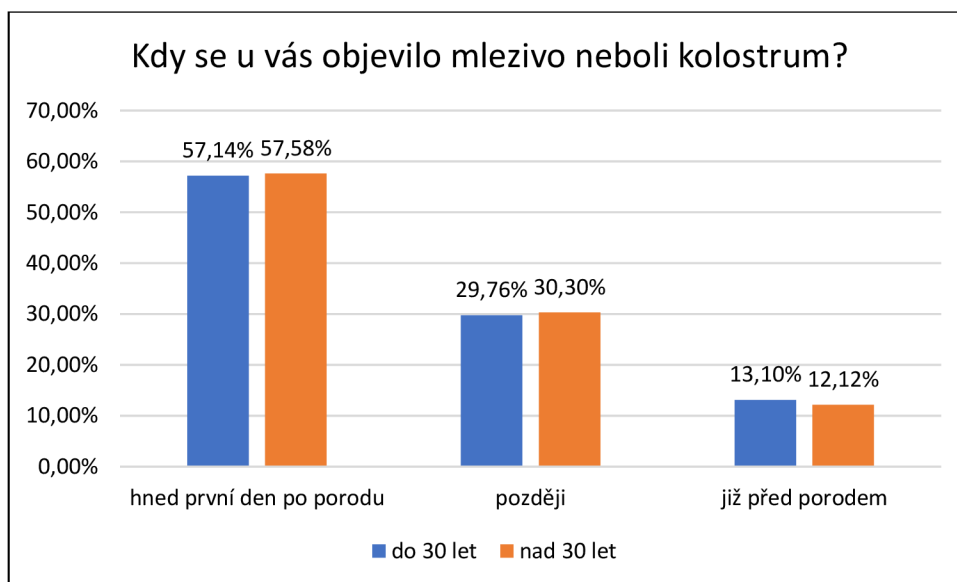
Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji objevení mleziva neboli kolostra u žen po porodu císařským řezem, byl závislý na věku rodičky.

Matky rodící vaginálním porodem

Tabulka 19 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času objevení mleziva či kolostra u matek po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku

Věk	Kdy se u vás objevilo mlezivo neboli kolostrum?				p-hodnota
	již před porodem	hned první den po porodu	později	celkem	
Do 30 let	48	25	11	84	0,984
%	57,14 %	29,76 %	13,10 %		
Nad 30 let	38	20	8	66	
%	57,58 %	30,30 %	12,12 %		
Celkem	86	45	19	150	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 22 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu i tabulky je patrné, že podíly žen, kterým je do 30 let a nad 30 let se v dobách objevení mleziva téměř vůbec neliší.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 0,032 a p-hodnota byla 0,984. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

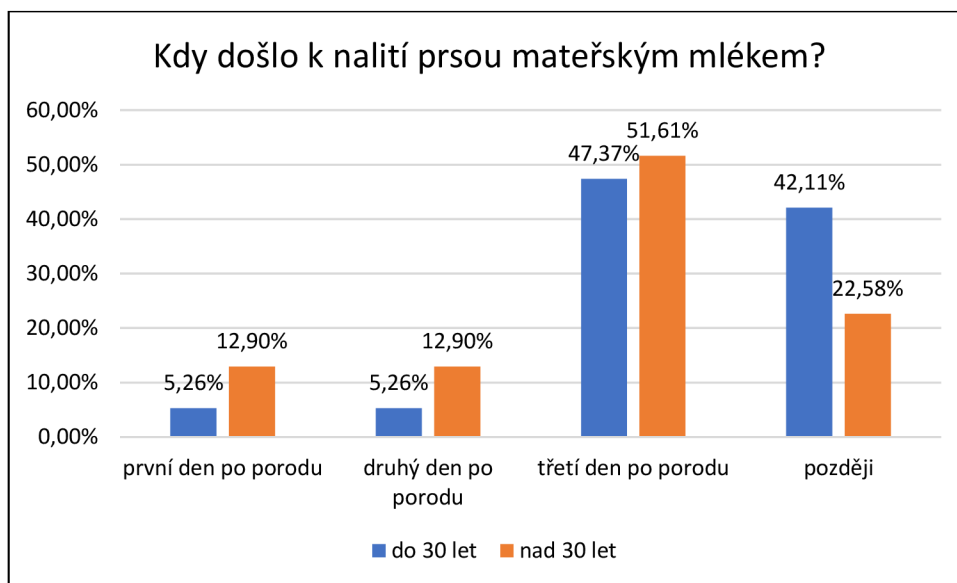
Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji objevení mleziva neboli kolostra u žen po vaginálním porodu, je závislý na věku rodičky.

Matky rodící císařským řezem

Tabulka 20 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času, kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Věk	Kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem?					p-hodnota
	první den po porodu	druhý den po porodu	třetí den po porodu	později	celkem	
Do 30 let	1	1	9	8	19	0,233
%	5,26 %	5,26 %	47,37 %	42,11 %		
Nad 30 let	4	4	16	7	31	
%	12,90 %	12,90 %	51,61 %	22,58 %		
Celkem	5	5	25	15	50	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 23 Srovnání doby nalití prsou mateřským mlékem u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu i tabulky je patrné, že se podíl matek dle doby nalití prsou mateřským mlékem liší hned první a druhý den po porodu. První a druhý den se objevilo mateřské mléko častěji u žen nad 30 let, a to vždy ve dvojnásobku případů. Velký rozdíl pozorujeme také u pozdějšího nalití prsou mateřským mlékem než třetí den po porodu. U žen do 30 let došlo k pozdějšímu nalití prsou asi ve dvojnásobku případů více než u žen nad 30 let.

Žen, kterým se nalila prsa mateřským mlékem první či druhý den, bylo v souboru velmi málo. Pro test bylo nutné tyto dvě kategorie sloučit.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 2,915 a p-hodnota byla 0,233. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

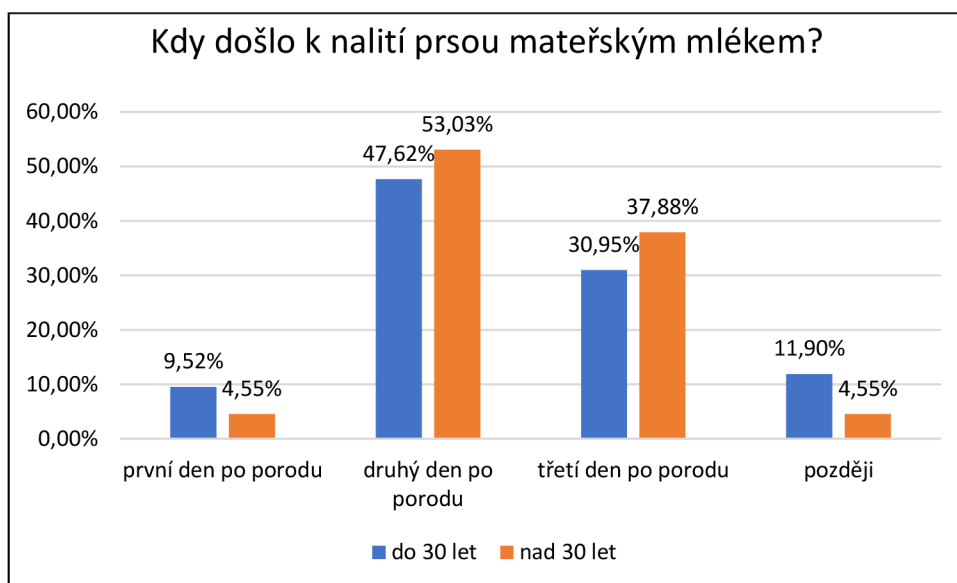
Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji nalití prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem, je závislý na věku rodičky.

Matky rodící vaginálním porodem

Tabulka 21 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času, kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku

Věk	Kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem?					p-hodnota
	první den po porodu	druhý den po porodu	třetí den po porodu	později	celkem	
Do 30 let	8	40	26	10	84	0,231
%	9,52 %	47,62 %	30,95 %	11,90 %		
Nad 30 let	3	35	25	3	66	
%	4,55 %	53,03 %	37,88 %	4,55 %		
Celkem	11	75	51	13	150	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 24 Srovnání doby nalití prsou mateřským mlékem u matek po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu i tabulky je patrné, že se podíl matek dle doby nalití prsou mateřským mlékem liší hned v prvním dni po porodu. První den se objevilo mateřské mléko častěji u žen nad 30 let, a to asi ve dvojnásobku případů. Velký rozdíl pozorujeme také u pozdějšího nalití prsou

mateřským mlékem než třetí den po porodu. U žen do 30 let došlo k pozdějšímu nalití prsou asi ve dvojnásobku případů více než u žen nad 30 let.

Žen, kterým se nalila prsa mateřským mlékem první či druhý den velmi málo. Pro test bylo tedy nutné tyto dvě kategorie sloučit. Hodnota testovacího kritéria byla rovna 4,296 a p-hodnota byla 0,231. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu, je závislý na věku rodičky.

Celkově se tedy nedokázalo prokázat, že nástup laktace, ať už objevení mleziva či nalití prsou mateřským mlékem, jak u žen po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem, je závislý na věku matky.

Hypotézy k dílčímu cíli 3

H0₃ Nulová hypotéza

Parita ženy nemá vliv na vývoj laktace jak u ženy po vaginálním porodu ani u žen po porodu císařským řezem.

H1₃ Alternativní hypotéza

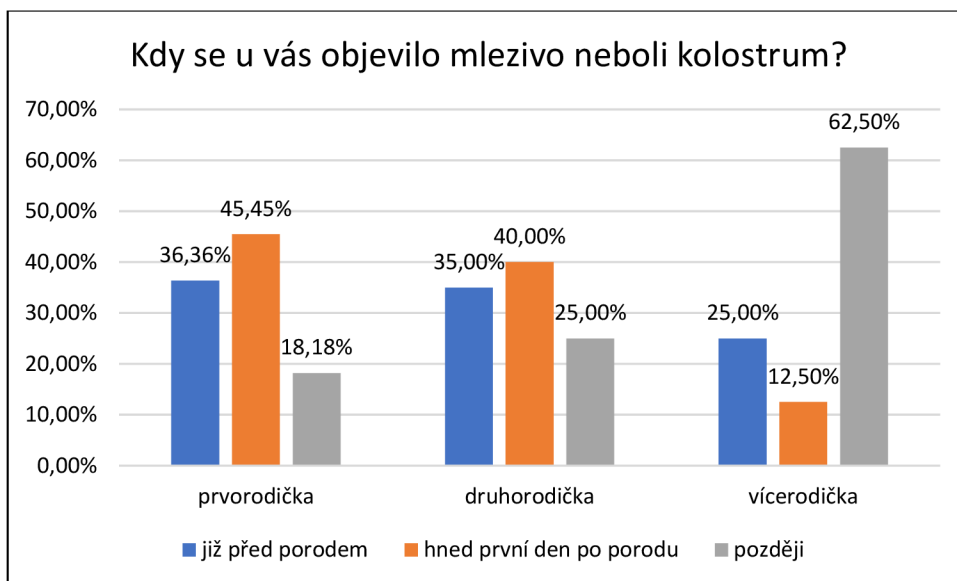
Parita ženy má vliv na vývoj laktace jak u ženy po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem.

Matky rodící císařským řezem

Tabulka 22 Kontingenční tabulka pozorovaných četností objevení mleziva u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich paritě

Pokolikáté jste rodila?	Kdy se u vás objevilo mlezivo neboli kolostrum?				p-hodnota
	již před porodem	hned první den po porodu	později	celkem	
Prvorodička	8	10	4	22	0,187
%	36,36 %	45,45 %	18,18 %		
Druhorodička	7	8	5	20	
%	35,00 %	40,00 %	25,00 %		
Vícerodička	2	1	5	8	
%	25,00 %	12,50 %	62,50 %		
Celkem	17	19	14	50	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 25 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

U prvorodiček a druhorodiček se objevilo mlezivo nejčastěji první den po porodu. U vícero diček se objevilo mlezivo nejčastěji později než první den po porodu.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 6,167 a p-hodnota byla 0,187. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

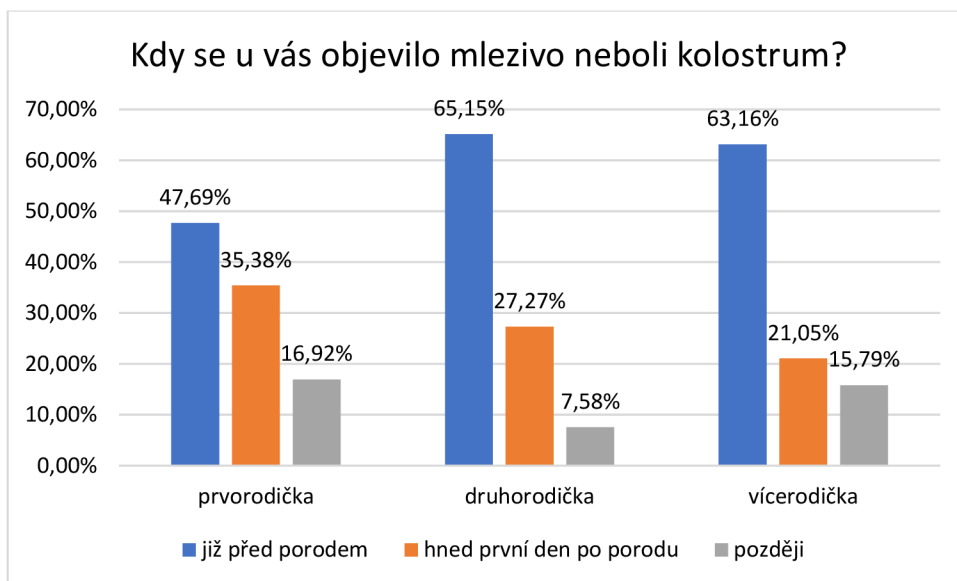
Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji objevení mleziva neboli kolostra u žen po porodu císařským řezem, je závislý na paritě rodičky.

Matky rodící vaginálně

Tabulka 23 Kontingenční tabulka pozorovaných četností objevení mleziva u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich paritě

Pokolikáté jste rodila?	Kdy se u vás objevilo mlezivo neboli kolostrum?				p-hodnota
	již před porodem	hned první den po porodu	později	celkem	
Prvorodička	31	23	11	65	0,231
%	47,69 %	35,38 %	16,92 %		
Druhorodička	43	18	5	66	
%	65,15 %	27,27 %	7,58 %		
Vícero dička	12	4	3	19	
%	63,16 %	21,05 %	15,79 %		
Celkem	86	45	19	150	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 26 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

U prvorodiček, druhorodiček i vícero diček se objevilo mlezivo nejčastěji první den po porodu a nejméně často později než první den po porodu.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 5,595 a p-hodnota byla 0,231. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

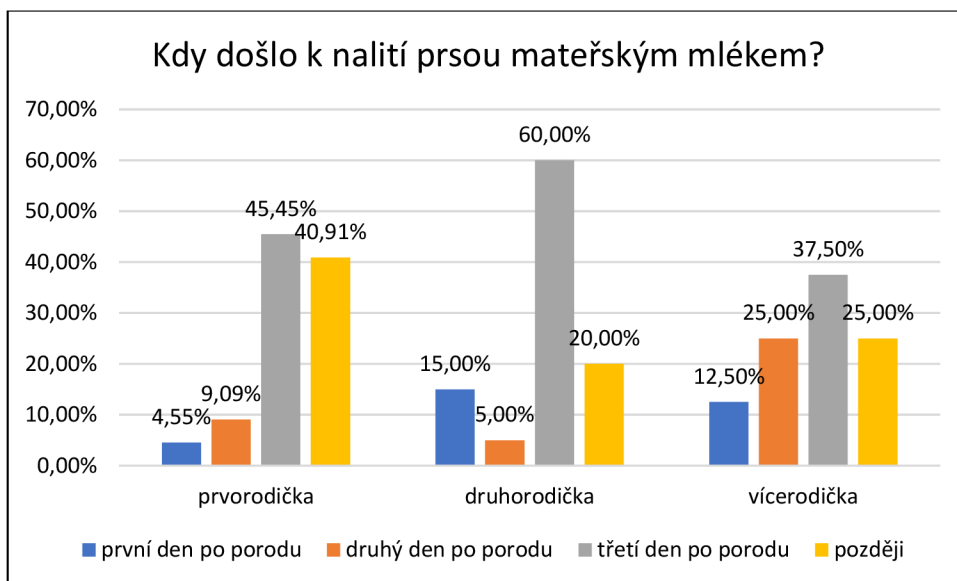
Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji objevení mleziva neboli kolostra u žen po vaginálním porodu, je závislý na paritě rodičky.

Matky rodící císařským řezem

Tabulka 24 Kontingenční tabulka pozorovaných četností nalití prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich paritě

Pokolikáté jste rodila?	Kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem?					p-hodnota
	první den po porodu	druhý den po porodu	třetí den po porodu	později	celkem	
Prvorodička	1	2	10	9	22	0,318
%	4,55 %	9,09 %	45,45 %	40,91 %		
Druhorodička	3	1	12	4	20	
%	15,00 %	5,00 %	60,00 %	20,00 %		
Vícero dička	1	2	3	2	8	
%	12,50 %	25,00 %	37,50 %	25,00 %		
Celkem	5	5	25	15	50	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 27 Srovnání doby nalití prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

U všech matek dle parity se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji třetí den po porodu nebo později. Později, než třetí den po porodu se nejčastěji nalila prsa mateřským mlékem prvorodičkám. První den po porodu se nejčastěji nalila prsa vícero dičkám.

Žen, kterým se nalila prsa mateřským mlékem první či druhý den velmi málo. Pro test bylo nutné tyto dvě kategorie sloučit s kategorií matek, kterým se nalila prsa třetí den po porodu. Hodnota testovacího kritéria byla rovna 2,294 a p-hodnota byla 0,318. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

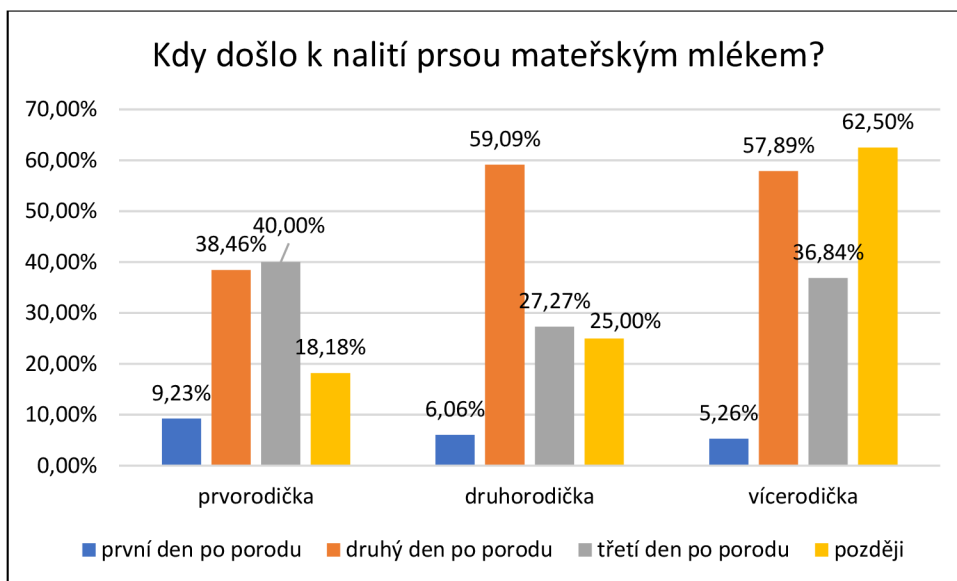
Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji nalití prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem, je závislý na paritě rodičky.

Matky rodící vaginálně

Tabulka 25 Kontingenční tabulka pozorovaných četností nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich paritě

Pokolikáté jste rodila?	Kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem?					p-hodnota
	první den po porodu	druhý den po porodu	třetí den po porodu	později	celkem	
Prvorodička	6	25	26	4	65	0,240
%	9,23 %	38,46 %	40,00 %	18,18 %		
Druhorodička	4	39	18	5	66	
%	6,06 %	59,09 %	27,27 %	25,00 %		
Vícero dička	1	11	7	5	19	
%	5,26 %	57,89 %	36,84 %	62,50 %		
Celkem	11	75	51	14	150	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 28 Srovnání doby nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku

Zdroj: vlastní zpracování

U prvorodiček se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji třetí den po porodu. U druhorodiček se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji druhý den po porodu. A u vícero diček se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji později než třetí den po porodu.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 7,978 a p-hodnota byla 0,240. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

Nebylo tedy prokázáno, že nástup laktace, přesněji nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu, je závislý na paritě rodičky.

Celkově se neprokázalo, že nástup laktace, ať už objevení mleziva či nalití prsou mateřským mlékem, jak u žen po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem, je závislý na paritě ženy.

Hypotézy k dílčímu cíli 4

H0₄ Nulová hypotéza

Relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je stejná jak po vaginálním porodu, tak po porodu císařským řezem.

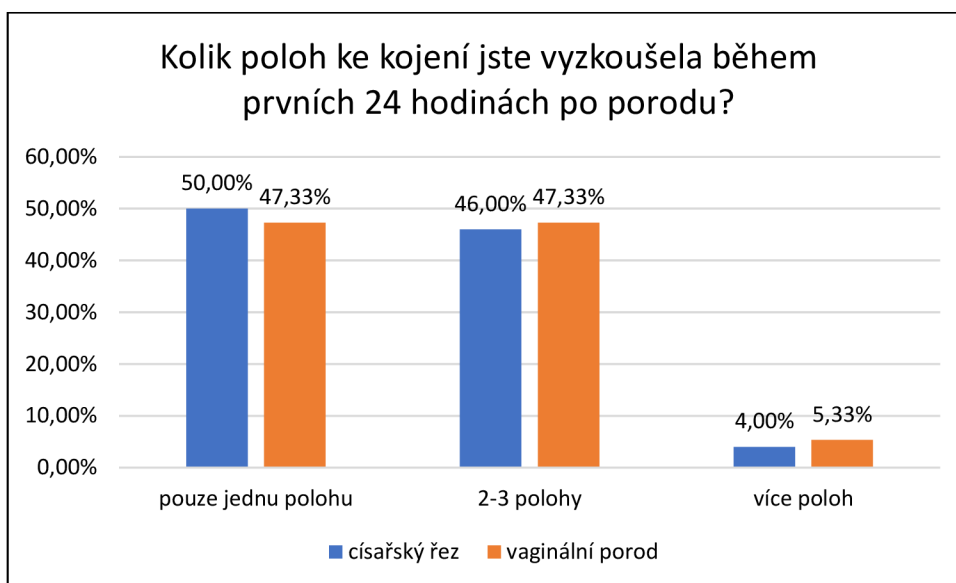
H1₄ Alternativní hypotéza

Relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je vyšší po vaginálním porodu než po porodu císařským řezem.

Tabulka 26 Kontingenční tabulka pozorovaných četností vyzkoušených poloh při kojení v prvních 24 hodinách po porodu u žen po vaginálním porodu a u žen po porodu císařským řezem

Jakým způsobem jste rodila?	Kolik poloh ke kojení jste vyzkoušela během prvních 24 hodinách po porodu?				p-hodnota
	pouze jednu polohu	2–3 polohy	více poloh	celkem	
Císařský řez	25	23	2	50	0,903
%	50,00 %	46,00 %	4,00 %		
Vaginální porod	71	71	8	150	
%	47,33 %	47,33 %	5,33 %		
Celkem	96	94	10	200	

Zdroj: vlastní zpracování



Graf 29 Srovnání množství vyzkoušených poloh při kojení v prvních 24 hodinách po porodu u žen po vaginálním porodu a u žen po porodu císařským řezem

Zdroj: vlastní zpracování

Rozdíly v počtu poloh při kojení mezi ženami rodící vaginálně či císařským řezem je minimální. Zhruba polovina vyzkoušela jednu polohu, zhruba druhá polovina vyzkoušela 2–3 polohy a velmi malá část matek vyzkoušela poloh více.

Hodnota testovacího kritéria byla rovna 0,203 a p-hodnota byla 0,903. P-hodnota byla vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu tedy nezamítáme.

Neprokázalo se, že relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je vyšší po vaginálním porodu než po porodu císařským řezem. Z průzkumu tedy vyplynulo, že počet vyzkoušených poloh během prvních 24 hodinách jak u žen po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem se výrazně neliší a jejich rozdíl není statisticky významný.

7 DISKUZE

Diplomová práce byla zaměřená na problematiku týkající se nástupu laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Hlavním cílem diplomové práce bylo charakterizovat nástup laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem z hlediska prvního přiložení dítěte, doby nástupu laktace vzhledem k věku ženy, paritou ženy a zastoupení žen, které při kojení vyzkouší více poloh.

Jedním z určujících faktorů pro vývoj laktace je způsob porodu. Velmi diskutabilním tématem je nástup laktace u žen po porodu císařským řezem, kdy se uvádějí názory, že ženy byly nastaveny k tomu, aby rodily díky funkci hormonů, které se uvolňují do jejich organismu a poté se podílejí na laktaci. Proto se pro téma nástupu laktace po porodu císařským řezem objevuje mnoho otázek. Během porodu se u ženy vyplavují endorfiny, které poté mají vliv na sekreci prolaktinu, který má dominantní vliv na vývoj laktace. Také hormon oxytocin je potřebný nejprve k vyvolání kontrakcí během porodu a poté souvisí také s laktací, a to konkrétně s vypuzením mléka, když novorozenec saje. Švédská studie uvádí, že u žen, které mají novorozence po dobu dvou dnů u prsu a podstoupily vaginální porod, tak u nich dochází k velice efektivnímu uvolňování oxytocinu oproti ženám, které mají novorozence u prsu po dobu dvou dnů po porodu císařským řezem. Tato studie také prokázala, že druh porodu ovlivňuje také délku kojení. (Ekström, Windström and Nissen, 2003, s. 176) Italská studie prokázala, že mateřské mléko u ženy po vaginálním porodu obsahuje daleko více endorfinu než mléko od ženy po císařském řezu. Na mateřském mléce, které obsahuje více endorfinů, může tedy vzniknout větší závislost, a proto je prokázáno, že kojení dítěte po vaginálním porodu bude snazší a delší. (Odent, 2016, s. 75–76)

Z dotazníkového průzkumu je patrné, že bezprostředně po porodu byl novorozenec přiložen častěji u matek, které rodily vaginálně (59,33 %). U matek, které rodily císařským řezem, byl novorozenec častěji přiložen po delší době na porodním sále (48 %) nebo až na oddělení šestinedělí (36 %). Prokázalo se tedy, že doba prvního přiložení dítěte metodou skin to skin je u žen po vaginálním porodu kratší, než je u žen po císařském řezu. Došlo tedy k vyvrácení nulové hypotézy, která říká, že mezi dobou prvního přiložení dítěte metodou skin to skin u žen po vaginálním porodu a u žen po císařském řezu není časový rozdíl. Podařilo se tedy prokázat, že mezi dobou prvního přiložení novorozence metodou skin to skin u žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem je časový rozdíl. Ukázalo se, že doba prvního přiložení dítěte metodou skin to skin je u žen po vaginálním porodu kratší, než je u žen po císařském řezu.

Stejným problémem se zabývala také studie *A Comparison of Early Sucking Dynamics During Breastfeeding After Cesarean Section and Vaginal Birth*, která byla publikovaná v časopise *Breastfeeding Medicine*. Z této studie také vyplynulo, že první přiložení dítěte metodou *skin to skin* má obrovský vliv na vývoj laktace, jelikož při jejich vzájemném kontaktu dochází k uvolňování oxytocinu, jehož účinky jsou nezbytné pro nástup laktace. Bylo prokázáno, že u žen po vaginálním porodu dochází k sekreční fázi laktace snadněji a dříve než u žen po porodu císařským řezem. (Akalidis, 2013, s. 84)

Další studie uvádí, že ženy po císařském řezu mají mnohem větší bolesti a oddaluje se tak jejich kontakt s novorozencem a péči o něj. Mimo jiné se také prokázalo, že na tvorbu mateřského mléka má vliv také správná a dostatečná strava ženy, a proto ženy po císařském řezu mohou strádat, jelikož po operaci musí dodržovat dietu. (Lin, 2011, s. 98)

Dále se diplomová práce zabývala dobou nástupu laktace u žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem vzhledem k jejich věku. Ženy byly rozděleny do 2 skupin. První skupinu tvořily ženy do 30 let a ženy nad 30 let tvořily skupinu druhou. Hypotézy dílčího cíle 2 byly ověřeny dvakrát, a to v prvním případě, kdy se bralo úvahu objevení mleziva neboli kolostra jako nástup laktace a poté nalití prsou mateřským mlékem jako nástup laktace. Co se týče žen po porodu císařským řezem, tak z dotazníkového šetření bylo patrné, že se u těchto dvou skupin matek doba vytvoření kolostra neboli mleziva moc neliší. Před porodem se mlezivo objevilo častěji u žen do 30 let. První den po porodu se o něco častěji objevilo mlezivo u žen nad 30 let. U žen po vaginálním porodu je patrné, že podíly žen, kterým je do 30 let a nad 30 let se v dobách objevení mleziva téměř vůbec neliší. Pomocí výpočtu se však neprokázalo, že objevení mleziva neboli kolostra u žen po porodu císařským řezem a u žen po vaginálním porodu je závislý na věku matky. Určená nulová hypotéza, která zněla, že nástup laktace neboli objevení mleziva u žen jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem není závislý na věku matky, jsme tudíž nevyvrátili. Rozdíly v objevení mleziva neboli kolostra v závislosti na věku rodičky nejsou tudíž statisticky významné.

Co se týče nalití prsou mateřským mlékem, tak z dotazníkového šetření bylo patrné, že u žen po císařském řezu se podíl matek dle doby nalití prsou mateřským mlékem liší hned první a druhý den po porodu. První a druhý den se objevilo mateřské mléko častěji u žen nad 30 let, a to vždy ve dvojnásobku případů. Velký rozdíl pozorujeme také u pozdějšího nalití prsou mateřským mlékem než třetí den po porodu. U žen do 30 let došlo k pozdějšímu nalití prsou asi ve dvojnásobku případů více než u žen nad 30 let. U žen po vaginálním porodu bylo patrné, že se podíl matek dle doby nalití prsou mateřským mlékem liší hned v prvním dni po porodu. První den se objevilo mateřské mléko častěji u žen nad 30 let, a to asi ve dvojnásobku případů. Velký

rozdíl pozorujeme také u pozdějšího nalití prsou mateřským mlékem než třetí den po porodu. U žen do 30 let došlo k pozdějšímu nalití prsou asi ve dvojnásobku případů více než u žen nad 30 let. Dle výpočtů se však neprokázalo, že je statisticky významný rozdíl v nalití prsou mateřským mlékem jak u žen po porodu císařským řezem, tak u žen po vaginálním porodu závislý na věku matky. Z výzkumu tedy usuzujeme, že nástup laktace, přesněji nalití prsou mateřským mlékem, není závislý na věku matky.

Dalším úkolem diplomové práce bylo zjistit, zda parita ženy má vliv na vývoj laktace jak po vaginálním porodu, tak po porodu císařským řezem. Ženy byly rozděleny na prvorodičky, druhorodičky a vícero dičky. Hypotézy byly ověřeny opět 2x, a to v případě objevení mleziva neboli kolostra a v druhém případě nalití prsou mateřským mlékem. Co se týče žen po porodu císařským řezem, tak z dotazníkového šetření bylo patrné, že u prvorodiček a druhorodiček se objevilo mlezivo neboli kolostrum nejčastěji první den po porodu. U vícero diček se objevilo mlezivo nejčastěji později než první den po porodu. Co se týče žen po vaginálním porodu, tak u prvorodiček, druhorodiček i vícero diček se objevilo mlezivo nejčastěji první den po porodu a nejméně často později než první den po porodu. Dle výpočtů se tedy neprokázalo, že parita ženy má vliv na vývoj laktace (objevení mleziva neboli kolostra) jak u ženy po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem. Lze tedy říct, že nástup laktace, přesněji objevení mleziva jak u žen po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem není závislý na paritě matky. Co se týče nalití prsou mateřským mlékem, tak u žen po císařském řezu se ukázalo, že u všech matek dle parity se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji třetí den po porodu nebo později. Později než třetí den po porodu se nejčastěji nalila prsa mateřským mlékem prvorodičkám. První den po porodu se nejčastěji nalila prsa vícero dičkám. U žen, které rodily vaginálně, se nalila prsa mateřským mlékem následovně. U prvorodiček se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji třetí den po porodu. U druhorodiček se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji druhý den po porodu. A u vícero diček se nalila prsa mateřským mlékem nejčastěji později než třetí den po porodu. Dle výpočtů se tedy neprokázalo, že parita ženy má vliv na vývoj laktace (nalití prsou mateřským mlékem) jak u ženy po porodu císařským řezem, tak u ženy po vaginálním porodu. Závěrem lze říct, že nástup laktace neboli nalití prsou mateřským mlékem, jak u žen po vaginálním porodu, tak u žen po porodu císařským řezem nemá vliv parita ženy.

K tomuto výsledku došla také turecká studie, jehož autorem je Isik a kolektiv. Také došlo k potvrzení, že vliv parity ženy na vývoj laktace není statisticky významný. Avšak došli k závěru, že věk ženy může ovlivnit způsob porodu. Ženy podstupující císařský řez mají průměrně vyšší věk než žen podstupující vaginální porod. (Isik, 2016, s. 426)

Na druhou stranu ve studii, jehož autorem je Su-Ying Lin a kolektiv, zjistili, že parita rodičky má na laktaci značný vliv, jelikož dochází k tomu, že během porodu jsou prvorodičky více ve stresu, a proto může být laktace ovlivněná. Prvorodičky také nemají s kojením zkušenost, a proto se u nich častěji objevují problémy a neznalost problematiky může laktaci negativně ovlivňovat. Ve studii kladou tedy důraz na správnou a dostatečnou edukaci v problematice kojení. (Lin, 2011, s. 97)

Co se týče dostatečné edukace rodiče v oblasti kojení, tak z výzkumného šetření této diplomové práce vyplývá, že ženy v nemocnici ve Frýdku-Místku jsou dostatečně v problematice kojení edukovány, což dokazuje analýza otázek v dotazníku, který respondentky obdržely.

V diplomové práci bylo také snahou stanovit zastoupení žen, které při kojení vyzkouší více poloh po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Ukázalo se, že rozdíly v počtu poloh při kojení mezi ženami rodící vaginálně či císařským řezem je minimální. Avšak více poloh při kojení během prvních 24 hodinách po porodu vyzkouší ženy po vaginálním porodu. Zhruba polovina dotazovaných žen vyzkoušela jednu polohu, zhruba druhá polovina vyzkoušela 2–3 polohy a velmi malá část matek vyzkoušela poloh více. Avšak dle výpočtů se neprokázalo, že relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je vyšší po vaginálním porodu než po porodu císařským řezem. Alternativní hypotéza byla tedy zamítnutá, protože výpočty ukázaly, že relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, není vyšší po vaginálním porodu než po porodu císařským řezem.

V italské studii, jehož autorem je Vincenzo Zanardo a kolektiv zkoumali, kolik procent novorozenců je při propuštění z nemocnice kojeno v závislosti na způsobu jejich porodu. Prokázalo se, že při propuštění bylo z celkového počtu narozených novorozenců vaginálně plně kojeno 85,4 %, u akutního císařského řezu to bylo 81,6 % novorozenců a u plánovaného císařského řezu to bylo 83,8 dětí. Co se týče novorozenců, kteří byli výhradně kojeni umělou stravou, tak se jednalo o hodnotu 6,8 % novorozenců porozených vaginálně, 8,3 % novorozenců porozených akutním císařským řezem a 23,3 % plánovaným císařským řezem. Studie zmiňuje, že císařský řez je rizikem pro správný nástup laktace a zejména císařské řezy prováděné před termínem porodu. (Zanardo, 2012, s. 2)

V dnešní době jsou dnes však již snahy o to, aby péče o rodičky po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem probíhala jen s malými a nezbytnými rozdíly. V dnešní době se již první přiložení dítěte metodou skin to skin podporuje také na operačních sálech a mnoho nemocnic nabízí možnost mít novorozence po porodu císařským řezem ihned u sebe. Edukace v oblasti kojení a celkové povědomí žen ohledně laktace a porodu je velmi dobré a informace

jsou snadno dostupné. Jak již bylo zmíněno v teoretické části diplomové práce, tak velice důležitou úlohu a vliv na laktaci mají právě porodní asistentky, které musí ženu správně edukovat, vyřešit její problémy, a hlavně být jí dobrou psychickou podporou. Mateřské mléko je tou nejlepší volbou pro novorozence, tak i pro matku, tudíž musíme ženu v kojení podporovat a povzbuzovat.

Doporučení pro praxi

Co se týče doporučení pro praxi, tak by se měla edukace žen v oblasti kojení neustále zdokonalovat a zkvalitňovat. Měla by být dostupná pro všechny bez rozdílů na jejich společenské postavení, rasu a finanční zabezpečení. Ženy by měly být s výhodami kojení seznámeny již při návštěvách gynekologa během těhotenství a každá žena by měla docházet na předporodní kurzy, kde se základní informace ohledně kojení a jeho benefitů dozví. Po porodu v nemocnici by měl zdravotnický personál ženu v kojení podporovat a měl by jí poskytnout takové zázemí a podmínky, aby k nástupu laktace došlo co nejdříve. Zdravotnický personál by ženě neměl podstrkovat používání šidítek pro novorozence a dokrmování umělým mlékem by se mělo dít pouze v případech, kdy je to nezbytně nutné nebo při ordinaci lékařem. Důležité také je, aby žena měla podporu v oblasti kojení také po odchodu z nemocnice. Proto by bylo dobré, aby v každém městě byly porodní asistentky, které se zaměřují na komunitní péči v porodní asistenci a poskytují ženám péči u nich doma v období šestinedělí. Při návštěvě porodní asistentky u ženy doma vládně poklidná domácí atmosféra a ženy se dokáže se svými problém porodní asistentce lépe svěřit a společně hledají řešení daného problému. Těmito návštěvami se dá také předejít problémům, které s prsy po porodu souvisí a mohou mít pro ženu velké následky, které se mohou promítnout na délce kojení novorozence.

Když se podíváme na kojení z pohledu ženy po vaginálním porodu a ženy po porodu císařským řezem, tak bychom se měli snažit, abychom minimalizovali rozdíly v nástupu laktace, a to tím, že se zaměříme na faktory, které její nástup ovlivňují. Důležitá je podpora prvního přiložení novorozence metodou skin to skin. Tuto metodu bychom měli podporovat a umožnit ji i ženě po císařském řezu, a to ihned na operačním sále. V dnešní době se dělá už většina plánovaných císařských řezů ve spinální analgezií, aby mohla být právě žena ihned po vybavení novorozence s ním v kontaktu. U žen po císařské je nutná větší péče a trpělivost. Je tedy nezbytné, abychom si na ženu po císařském řezu udělali dostatek času a při kojení novorozence jí byli nápomocní. Na druhou stranu musí být také snaha matky, která se po císařském řezu musí snažit o pravidelnou vertikalizaci, a snaha o co nejdřívější rekonvalescenci. U tohoto kroku je taky velice důležitá podpora nás zdravotníků.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřovala na rozdíly nástupu laktace u žen po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. Hlavním cílem diplomové práce bylo charakterizovat nástup laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem z hlediska prvního přiložení dítěte, doby nástupu laktace vzhledem k věku ženy, paritou ženy a zastoupení žen, které při kojení vyzkouší více poloh. Diplomová práce se dělí na teoretickou část a praktickou část.

Teoretická část obsahuje informace k danému tématu diplomové práce a shrnuje teoretické poznatky k pochopení praktické části diplomové práce. Najdeme zde rešeršní činnost, kde se uvádějí zdroje, které byly k diplomové práci použity. Teoretická část práce obsahuje poznatky ohledně mléčné žlázy a základní poznatky v oblasti samotného porodu. Jelikož byla diplomová práce zaměřená na rozdíly v nástupu laktace vzhledem ke způsobu porodu, tak jsou zde způsoby porodu popsány, a jsou k nim sepsány také specifika ošetrovatelské péče, spojené s daným způsobem porodu. Součástí jsou také poznatky v oblasti laktace, ať už její fyziologie, faktory k ní spojené či její benefity.

Druhá část diplomové práce byla věnována výzkumnému šetření. Empirická část diplomové práce obsahuje statistické zhodnocení dotazníků a analýzu hypotéz, která byly provedena pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti. Pomocí něho byly vyhodnoceny stanovené hypotézy.

V prvním případě byla vyvrácena nulová hypotéza k dílčímu cíli jedna, kdy se prokázalo, že doba prvního přiložení dítěte metodou skin to skin je u žen po vaginálním porodu kratší, než je u žen po císařském řezu.

V druhém případě nedošlo k vyvrácení nulové hypotézy stanovené k dílčímu cíli 2, a tudíž se ukázalo, že není statisticky významné, že vývoj laktace jak u žen po porodu císařským řezem, tak u žen po vaginálním porodu závislý na věku matky.

Ve třetím případě také nedošlo k vyvrácení nulové hypotézy stanovené k dílčímu cíli 3, a tudíž se ukázalo, že není statisticky významné, že parita ženy má vliv na vývoj laktace jak u ženy po porodu císařským řezem, tak u ženy po vaginálním porodu.

U posledního dílčího cíle se opět nevyvrátila nulová hypotéza, a proto je statisticky nevýznamné, že relativní zastoupení žen, které vyzkouší více poloh při kojení, je vyšší po vaginálním porodu než po porodu císařským řezem.

Z provedeného výzkumného šetření tedy vyplývá, že na nástupu laktace se podílí velká spousta faktorů. Některé z faktorů jsou pro nástup laktace velice významné a některé dle výzkumu méně. Avšak na tohle téma byla provedena velká spousta studií, které prokázaly

další faktory ovlivňující nástup laktace. Některé faktory jsou ovlivnitelné a některé nikoli. Avšak v dnešní době je velkou snahou podporovat kojení a tím přirozenou výživu novorozence. Ať už žena rodí císařským řezem či je po vaginálním porodu, vždy je snaha o co nejdřívější kontakt matky a novorozence a dostatečnou edukaci v oblasti kojení.

REFERENČNÍ SEZNAM

- AKALIDIS, V., et. al., A Comparison of Early Sucking Dynamics During Breastfeeding After Cesarean Section and Vaginal Birth. *Breastfeeding Medicine*. 2013, **8**(1), 79-85. [cit. 2022-05-17]. ISSN 1556-8253. Dostupné z: doi:10.1089/bfm.2012.0018
- BINDER, T., et al., 2011. *Porodnictví*, vyd. Praha: Karolinum, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BLÁHA, J., et. al., Současné postupy v porodnické anestezii V. – pooperační péče po císařském řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 215, **26**(2), 87-98. [cit. 2022-05-17]. ISSN 1214-2158.
- ČEPICKÝ, P., 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 159 s. ISBN 978-80-271-3027-6.
- ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 2. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 512 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
- DORT, J., DORTOVÁ, E. a JEHLIČKA, P., 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum., 116 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
- EKSTRÖM, A., WIDSTRÖM, A., and NISSEN, E., Duration of Breastfeeding in Swedish Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Human Lactation*. 2003, **19**(2), 172-178 [cit. 2022-05-23]. ISSN 0890-3344. Dostupné z: doi:10.1177/0890334403252537
- ESTEVEZ, T., M., B., et. al., Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Revista de Saúde Pública*. 2014, **48**(4), 697-708. [cit. 2022-05-10]. ISSN 0034-8910. Dostupné z: doi:10.1590/S0034-8910.2014048005278
- FAIT, T., ZIKÁN, M. a MAŠATA, J., 2019. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 3. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius, 620 s. ISBN 978-80-7345-607-8.
- FRÜHAUF, P., Časná nutriční a dlouhodobé zdraví: bezprostřední a dlouhodobé vlivy probiotik, vitamínu D a kojení. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen s.r.o, 2019, **20**(4): 276-278. ISSN 1213-0494.
- GASKIN, I., M., 2011. *Průvodce kojením*. Praha: Argo., 342 s. ISBN 978-80-257-0483-7.

- GREGORA, M., Lactobacillus fermentum v podpoře zdraví matky a dítěte. *Pediatric pro praxi*, 2017, 18(1), 71-74. [cit. 2022-05-09] ISSN:1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/01/15.pdf>
- HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HENDRYCH LORENZOVÁ, E. a RAISNEROVÁ, I, 2020. *Being a happy midwife: Být šťastná porodní asistentka*. Přeložil Tereza SIEGELOVÁ. Pilsen: University of West Bohemia in Pilsen, 136 s. ISBN 978-80-261-0985-3.
- CHRÁSKOVÁ, J. a BOLEDOVIČOVÁ, M., Význam edukace v oblasti kojení (studentský příspěvek). *Profese on-line*. 2015, 8(1), 39-46. [cit. 2022-05-08] ISSN 1803-4330. Dostupné z: [doi:10.5507/pol.2015.006](https://doi.org/10.5507/pol.2015.006)
- ISIK, Y., et. al., Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. *Ginekologia Polska*. 2016, 87(6), 426-430. [cit. 2022-05-10]. ISSN 0017-0011. Dostupné z: [doi:10.5603/GP.2016.0020](https://doi.org/10.5603/GP.2016.0020)
- KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., Sestra (Grada). 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KITTNAR, O., et. al., 2021. *Přehled lékařské fyziologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 332 s. ISBN 978-80-271-1025-4.
- KOSTIUK, P., Vitaminy a minerály v graviditě a laktaci-význam suplementace. *Farmi News*. 2010, 7(1), 6-7. [cit. 2022-05-09] ISSN: 1214-5017. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/10/suplementace.pdf>
- KOTÍKOVÁ, M., Problematika používání kojících kloboučků. *Pediatric pro praxi*. 2019, 20(3), 188-191. [cit. 2022-05-09] ISSN 1213-0494. Dostupné z: [doi:10.36290/ped.2019.039](https://doi.org/10.36290/ped.2019.039)
- LERUTH, Ch., et. al., A Multilevel Approach to Breastfeeding Promotion: Using Healthy Start to Deliver Individual Support and Drive Collective Impact. *Maternal and Child Health Journal*. 2017, 21(S1), 4-10. [cit. 2022-05-10]. ISSN 1092-7875. Dostupné z: [doi:10.1007/s10995-017-2371-3](https://doi.org/10.1007/s10995-017-2371-3)
- LIN, S., et.al., Factors Related to Milk Supply Perception in Women Who Underwent Cesarean Section. *Journal of Nursing Research*. 2011, 19(2), 94-101. [cit. 2022-05-10]. ISSN 1682-3141. Dostupné z: [doi:10.1097/JNR.0b013e31821988e9](https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e31821988e9)

LORENZ, A., Oxytocin-láskyplný hormon. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, **17**(19). [cit. 14.5.2022] ISSN 2336-2987.

MITROVÁ, K. a BRONSKÝ, J., Vědecké důkazy o prospěšnosti výživy mateřským mlékem. *Česko-slovenská pediatrie*. 2014, **69**(1), 39-46. [cit. 2022-05-09] ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2014-1/vedecke-dukazy-o-prospesnosti-vyzivy-materskym-mlekem-48775>

MOYA, J., et. al., A review of physiological and behavioral changes during pregnancy and lactation: Potential exposure factors and data gaps. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*. 2014, **24**(5), 449-458. [cit. 2022-05-10]. ISSN 1559-0631. Dostupné z: doi:10.1038/jes.2013.92

MROWETZ, M. a PEREMSKÁ, M., Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma-chiméra, či realita budoucnosti?. *Pediatrie pro praxi*. 2013, **14**(3), 201-204. [cit. 14.5.2022] ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

MUNTAU, A., 2014. *Pediatrie*. 2. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 588 s. ISBN 978-80-247-4588-6.

ODENT, M., 2016. *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat*. Přeložila Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea., 180 s. ISBN 978-80-7500-227-3.

ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*, vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 590 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

ROZTOČIL, A., Šestinedělí a laktace po císařském řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret s.r.o., 2009, **18**(2): 202-205. ISSN 1211-1058.

SEIFERTOVÁ, D., et. al., Deprese a úzkost těhotných žen. *Praktický lékař*. 2009, **89**(9), 508-513. [cit. 14.5.2022] ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-9/deprese-a-uzkost-tehotnych-zen-15549>

SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

SMITH, L., Impact of Birthing Practices on the Breastfeeding Dyad. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007, **52**(6), 621-630. [cit. 2022-05-10]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1016/j.jmwh.2007.07.019

STRAŇÁK, Z., Problematika elektivního císařského řezu z pohledu neonatologa. *Postgraduální medicína*. 2010, **12**(2), 175-179. [cit. 14.5.2022] ISSN 1212-4184. Dostupné také z <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-elektivniho-cisarskeho-rezu-z-pohledu-neonatologa-449540>

ŠÁLKOVÁ, J., et. al., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 195 s. ISBN 978-80-271-0844-2.

TAKÁCS, L., et. al., Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie*. 2011, **5**(1), 16-32. [cit. 2022-05-09] ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/takacs-etal.pdf>

TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D. a ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing, a.s., 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

ZANARDO, V., et. al., Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2012, **98**(1), 37-41. [cit. 2022-05-10]. ISSN 1359-2998. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2011-301218

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentek, jejich váha před otěhotněním a při porodu, porodní váha novorozence.....	43
Tabulka 2 Parita rodičky.....	45
Tabulka 3 Způsob porodu.....	45
Tabulka 4 Termín narození novorozence	46
Tabulka 5 První přiložení novorozence.....	47
Tabulka 6 Přisání dítěte při prvním přiložení k prsu	48
Tabulka 7 Objevení mleziva neboli kolostra.....	49
Tabulka 8 Přítomnost novorozence s matkou na pokoji	51
Tabulka 9 Nalítí prsou mateřským mlékem	52
Tabulka 10 Počet poloh při kojení během prvních 24 hodinách po porodu.....	53
Tabulka 11 Dokrmování dítěte umělým mlékem v nemocnici	54
Tabulka 12 Používání dudlíku v nemocnici	54
Tabulka 13 Četnost kojení v nemocnici	56
Tabulka 14 Problémy s prsy či kojením při odchodu z nemocnice.....	57
Tabulka 15 Používání kojících čajů či jiných alternativních přípravků pro podporu laktace ..	58
Tabulka 16 Spokojenost s edukací zdravotnického personálu	59
Tabulka 17 Kontingenční tabulka pozorovaných četností přiložení novorozence.....	60
Tabulka 18 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času objevení mleziva či kolostra u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku.....	61
Tabulka 19 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času objevení mleziva či kolostra u matek po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku.....	62
Tabulka 20 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času, kdy došlo k nalítí prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku	63
Tabulka 21 Kontingenční tabulka pozorovaných četností času, kdy došlo k nalítí prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku	64
Tabulka 22 Kontingenční tabulka pozorovaných četností objevení mleziva u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich paritě	65
Tabulka 23 Kontingenční tabulka pozorovaných četností objevení mleziva u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich paritě.....	66
Tabulka 24 Kontingenční tabulka pozorovaných četností nalítí prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich paritě	67

Tabulka 25 Kontingenční tabulka pozorovaných četností nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich paritě	68
Tabulka 26 Kontingenční tabulka pozorovaných četností vyzkoušených poloh při kojení v prvních 24 hodinách po porodu u žen po vaginálním porodu a u žen po porodu císařským řezem	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Počet respondentek v daném věku	43
Graf 2 Hmotnost respondentek před porodem	43
Graf 3 Hmotnost respondentek během porodu.....	44
Graf 4 Porodní váha novorozence	44
Graf 5 Parita rodičky	45
Graf 6 Způsob porodu	46
Graf 7 Termín narození novorozence.....	47
Graf 8 První přiložení novorozence.....	48
Graf 9 Přisání dítěte při prvním přiložení k prsu.....	49
Graf 10 Objevení mleziva neboli kolostra.....	50
Graf 11 Přítomnost novorozence s matkou na pokoji	51
Graf 12 Nalítí prsou mateřským mlékem	52
Graf 13 Počet poloh při kojení během prvních 24 hodinách po porodu.....	53
Graf 14 Dokrmování dítěte umělým mlékem v nemocnici	54
Graf 15 Používání dudlíku v nemocnici	55
Graf 16 Četnost kojení v nemocnici	56
Graf 17 Problémy s prsy či kojením při odchodu z nemocnice.....	57
Graf 18 Používání kojících čajů či jiných alternativních přípravků pro podporu laktace.....	58
Graf 19 Spokojenost s edukací zdravotnického personálu.....	59
Graf 20 Srovnání doby prvního přiložení novorozence u vaginálního porodu a u porodu císařským řezem	60
Graf 21 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku.....	61
Graf 22 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku.....	62
Graf 23 Srovnání doby nalítí prsou mateřským mlékem u matek po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku.....	63
Graf 24 Srovnání doby nalítí prsou mateřským mlékem u matek po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku.....	64
Graf 25 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku.....	66

Graf 26 Srovnání doby objevení mleziva neboli kolostra u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku.....	67
Graf 27 Srovnání doby nalití prsou mateřským mlékem u žen po porodu císařským řezem v závislosti na jejich věku.....	68
Graf 28 Srovnání doby nalití prsou mateřským mlékem u žen po vaginálním porodu v závislosti na jejich věku.....	69
Graf 29 Srovnání množství vyzkoušených poloh při kojení v prvních 24 hodinách po porodu u žen po vaginálním porodu a u žen po porodu císařským řezem.....	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Podklad pro zadání diplomové práce studenta.....	87
Příloha 2 Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici ve Frýdku-Místku.....	89
Příloha 3 Souhlas etické komise.....	90
Příloha 4 Dotazník rozdaný respondentkám.....	91
Příloha 5 Informovaný souhlas.....	94

PŘÍLOHY

Příloha 1 Podklad pro zadání diplomové práce studenta

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Akademický rok: 2020/2021

Studijní program: Intenzivní péče v porodní asistenci
Forma studia: Kombinovaná
Specializace/kombinace: Intenzivní péče v porodní asistenci (IPPORAS_K)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: **Lenka TURONOVÁ**
Osobní číslo: **Z20365**
Adresa: Dolní Tošanovice 75, Dolní Tošanovice, 73953 Hnojník, Česká republika
Téma práce: **Nástup laktace po vaginálním porodu a porodu císařským řezem**
Téma práce anglicky: **Onset of lactation after vaginal delivery and cesarean delivery**
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.**
Ústav porodní asistence

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury
2. Rešeršní činnost
3. Stanovení cílů
4. Analýza získaných informací
5. Prostudování vybraných dohledaných zdrojů
6. Sumarizace dohledaných informací dle cílů práce
7. Plán výzkumu
8. Realizace výzkumu
9. Zpracování výsledků
10. Tvorba praktické části diplomové práce
11. Statistické zpracování údajů
12. Vyhodnocení výsledků stanovených cílů
13. Interpretace výsledků a formulace závěrů studie
14. Finální úprava textu diplomové práce
15. Odevzdání diplomové práce

Seznam doporučené literatury:

- ČIHÁK, R. Anatomie 2. 3., upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-247-4788-0.
HÁJEK, Z. et al. Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
ODENT, M. Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat. Přeložila Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-227-3.
ROZTOČIL, A. et al. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2014-3.

Podpis studenta:



Datum: 16.1.2021

Podpis vedoucího práce: Čestně prohlašuji, že vedoucí DP s vedením
práce souhlasí



Datum:

© IS/STAG, Portál – Federální publikace práce, číslo 00, 16. leden 2021 20:00



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL- 126097/1070-2021

Vážená paní
Bc. Lenka Turoňová

2021-06-24

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Nástup laktace po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Příloha 4 Dotazník rozdaný respondentkám

Dobrý den, vážená paní,

studuji navazující magisterský program Intenzivní péče v porodní asistenci a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který se zabývá problematikou laktace u porodu. Získané informace budou využity pro zpracování diplomové práce. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas s anonymním využitím získaných informací. Na otevřené otázky v dotazníku prosím krátce odpovězte vlastními slovy a na zavřené otázky vyberte jednu z možností.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

Lenka Turoňová, studentka 2. ročníku oboru Intenzivní péče v porodní asistenci, Univerzity Palackého v Olomouci

1. Váš věk:

2. Jaká byla vaše tělesná hmotnost před porodem?

3. Jaká byla vaše tělesná hmotnost během porodu?

4. Jaká byla porodní váha novorozence?

5. Pokolikáté jste rodila? Jste?

a, prvorodička

c, vícero dička

b, druhoro dička

6. Jakým způsobem jste rodila?

a, spontánní vaginální porod

c, plánovaný císařský řez

b, indukovaný (vyvolávaný) vaginální porod

d, akutní císařský řez

7. Kdy se vaše dítě narodilo?

a, před termínem porodu

c, po termínu porodu

(uvedte přesně kdy:)

b, v termínu porodu

8. Kdy proběhlo první přiložení novorozence k prsu?
- a, bezprostředně po porodu
b, po delší době, ale proběhlo ještě na porodním sále
c, až na oddělení šestinedělí
d, jindy
9. Přisálo se dítě při prvním přiložení?
- a, ano, ihned bez problémů a dopomoci
b, ano, ale s dopomocí
c, ne, poprvé se nepřisálo
10. Kdy se u vás objevilo mlezivo neboli kolostrum?
- a, již před porodem
b, hned první den po porodu
c, později
11. Bylo dítě po celou dobu pobytu v nemocnici s vámi přítomno na pokoji?
- a, ano, ihned po porodu bylo semnou
b, dítě bylo většinu času semnou, ale občas mi ho odnesli, když jsem si chtěla odpočinout.
c, dítě mi bylo přineseno až několik po porodu, poté bylo stále semnou
d, dítě semnou nebylo, muselo být v inkubátoru
12. Kdy došlo k nalití prsou mateřským mlékem?
- a, první den po porodu
b, druhý den po porodu
c, třetí den po porodu
d, později
13. Kolik poloh ke kojení jste vyzkoušela během prvních 24 hodinách po porodu?
- a, pouze jednu polohu
b, 2-3 polohy
c, více poloh
d, uveďte konkrétní polohy:
14. Bylo vaše dítě během pobytu v nemocnici dokrmováno umělým mlékem?
- a, ne, stačilo pouze mateřské mléko
b, ano, pouze po dobu, kdy byl nedostatek mateřského mléka
c, ano, jelikož to stav dítěte vyžadoval

15. Dávala jste v nemocnici vašemu dítěti dudlík?

a, ne, vůbec

c, ano, pořád

b, ano, ale pouze u vyšetření

16. Jak často jste v nemocnici novorozence kojila?

a, kojila jsem podle potřeby dítěte

c, kojila jsem maximálně co 5 hodin

b, kojila jsem pravidelně co 3 hodiny

d, nevím

17. Měla jste při odchodu z nemocnice problémy s kojením či problémy s prsy?

a, ne, neměla jsem žádné problémy

c, ano, ale byla jsem edukována o jejich řešení

b, ano, ale byly vyřešeny nejpozději při odchodu z nemocnice

d, ano, a nevěděla jsem, jak je řešit

18. Používala jste na spuštění laktace kojící čaje či jiné alternativní přípravky? Pokud ano uveďte jaké.

a, ne, nepoužívala jsem nic

c, ano, používala jsem vitamíny

b, ano, používala jsem kojící čaje

d, jiný (uveďte):

19. Byla edukace zdravotnického personálu v oblasti kojení dostatečná?

a, ano, s edukací jsem byla plně spokojená

c, ne, byla nedostačující

b, ano, ale mohla by být kvalitnější

Děkuji za Váš čas a vyplnění.



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt:

Nástup laktace po vaginálním porodu a porodu císařským řezem

Období realizace: 1.9.2021-1.2.2022

Řešitelé projektu: Lenka Turoňová

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit nástupu laktace po porodu. Výzkum se provádí právě pomocí anonymních dotazníků. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění krátkého dotazník, jehož vyplnění zabere maximálně 10 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody, že budete součástí výzkumu a Vaše zkušenosti či poznatky budou srovnány s ostatními rodičkami. Z účasti ve výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mně informovala o podstatě výzkumu a seznámila mně s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje

budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.