

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bc. Zuzana Kršková, Dis.

V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné
školy

**Výživa dětí do 1 roku věku u matek
socioekonomické krizi**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 1. dubna 2011

Bc. Zuzana Kršková, Dis.

Velmi děkuji Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., vedoucí diplomové práce, za odborné vedení, ochotu, laskavost, cenné rady a připomínky při konzultacích a MUDr. Zoře Hammerové, ředitelce Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Svitavách, za odborné rady při zpracování teoretické části práce.

Mé poděkování patří rovněž kolektivu sociálních pracovníků v azylových domech a všem dobrovolným účastníkům dotazníkového šetření.

V neposlední řadě děkuji mé rodině za podporu a pomoc a všem, kteří mi ochotně a vstřícně pomohli při získávání literatury a důležitých informací pro zpracování této práce.

OBSAH

1	ÚVOD	6
2	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	8
3	TEORETICKÉ POZNATKY	10
3.1	Charakteristika novorozence a kojence	10
3.2	Fyziologické a psychologické aspekty výživy malých dětí	10
3.3	Historie počáteční dětské výživy	13
3.4	Základní složky stravy	16
3.5	Souhrn doporučení Světové zdravotnické organizace o výživě malých dětí	20
3.6	Výživa novorozenců a kojenců	21
3.6.1	Kojení	22
3.6.1.1	Mateřské mléko	23
3.6.1.2	Technika kojení	25
3.6.1.3	Problémy a úskalí kojení	29
3.6.2	Umělá výživa.....	31
3.6.3	Nemléčné porce stravy a jejich zavádění	34
3.6.3.1	Základní principy komplementární výživy	35
3.6.3.2	Pitný režim staršího kojence	39
3.7	Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let	40
3.7.1	Důvody přijetí do zařízení	40
3.7.2	Pobyt rodiče nebo zákonného zástupce dětí v kojeneckém ústavu	41
3.7.3	Kojenecký ústav a dětský domov Svitavy.....	42
3.8	Azylové zařízení pro matky s dětmi	44
3.9	Přehled využívaných sociálních dávek	50
3.9.1	Životní a existenční minimum	51
3.9.2	Peněžitá pomoc v mateřství	52
3.9.3	Státní sociální podpora.....	52
3.9.4	Pomoc v hmotné nouzi	55
4	METODIKA PRÁCE	58
4.1	Charakteristika souboru	58
4.2	Výzkumné metody	59
4.2.1	Dotazník.....	59
4.2.2	Rozhovor (interview)	61
4.3	Organizace průzkumného šetření	61
4.3.1	Dotazníkové šetření	61
4.3.2	Sběr dat pro tvorbu kazuistik	62
4.4	Zpracování získaných dat	63
5	KAZUISTIKY MATEK V KOJENECKÉM ÚSTAVU	64
5.1	Paní Kateřina	64

5.2	Paní Věra	68
6	ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE	72
6.1	Identifikační údaje.....	72
6.1.1	Počet dětí respondentek.....	72
6.1.2	Věk nejmladšího dítěte	73
6.1.3	Rodinný stav	73
6.1.4	Zdroje finančních prostředků	74
6.1.5	Měsíční finanční rozpočet.....	76
6.1.6	Důvod pobytu v sociálním zařízení	78
6.1.7	Délka pobytu v sociálním zařízení	79
6.2	Položky směřující k výživě kojence.....	80
6.2.1	Zdroj informací o kojenecké výživě	80
6.2.2	Kojení	81
6.2.3	Postoj matek k přirozené a umělé výživě dítěte.....	83
6.2.4	Zajištění plné mléčné výživy	84
6.2.5	Četnost podávání porcí stravy během dne.....	85
6.2.6	Přechod na nemléčnou stravu	87
6.2.7	Volba optimální potraviny pro první příkrm.....	88
6.2.8	Obstarání kojenecké stravy	89
6.2.9	Preference čerstvých potravin před vyráběnými kojeneckými výživami	91
6.2.10	Faktor ovlivňující koupi kojenecké výživy.....	91
6.2.11	Přehled nejběžněji nakupovaných potravin.....	92
6.2.12	Aktivity dítěte při stolování	95
6.2.13	Voda používaná pro přípravu kojenecké stravy.....	96
6.2.14	Druh tekutiny podávané v kojeneckém věku	96
6.2.15	Suplementace vitamíny D a K.....	98
6.2.16	Výskyt potravinové alergie u kojenců.....	99
6.2.17	Dodržování zásad výživy dětí dle WHO	100
6.2.18	Měsíční finanční investice do dítěte	101
6.2.19	Finanční obnos osobní spotřeby	103
7	ZÁVĚR.....	105
8	SOUHRN.....	108
9	SUMMARY.....	109
10	REFERENČNÍ SEZNAM	110
11	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	115
12	SEZNAM OBRÁZKŮ, SCHÉMAT, TABULEK A GRAFŮ	116
13	SEZNAM PŘÍLOH.....	119

1 ÚVOD

Motto:

„Život se sestává z mnoha malých mincí, kdo je umí sbírat má bohatství.“

Jaeen Anowilh

Zájem veřejnosti o výživu v posledních letech neobyčejně stoupá. Jsme zaplaveni informacemi o složení potravy, potravních doplncích, dietách, zdravé či nezdravé výživě. Odmítáme tradiční potraviny (sádlo, máslo, vejce apod.) pro jejich vysoký obsah energie nebo cholesterolu. Bojíme se konzumovat hovězí maso kvůli nemoci „šílených krav“. Slýcháme, že běžně dostupná zelenina je plná dusičnanů, ryby obsahují těžké kovy. Drůbež je pěstována pod taktovkou genového inženýrství a krmena směsí obsahující růstové hormony. Životní prostředí je znečištěno množstvím škodlivých látek. K tomu se nabalují další nástrahy života ve formě stresů v zaměstnání, starostí o děti, ekonomické situace rodiny a nedostatku času na relaxaci atd. Každý rodič potřebuje především volně dýchat, žít, jíst, mít radost ze života, práce, dobrých přátel a zdravé rodiny. Rodí se a vyrůstají nám děti, které chceme chránit a vést je cestou ke zdravému hodnotnému životu.

Dle Machové (2005) a Strejčkové (2007) působí od nejútlejšího věku na tělesný a duševní vývoj člověka četné vlivy, které spoluvytvářejí osobnost dítěte a budoucího dospělého jedince. Lidské zdraví je determinováno vnitřními a vnějšími faktory, které se podílí na vývoji lidského jedince různou měrou:

1. Vnitřní faktory - genetika (10 - 15 %),
2. Vnější faktory - prostředí (20 - 25 %),
- způsob života (50 - 60 %),
- úroveň a kvalita zdravotní péče (15 - 20 %).

V průběhu posledních let dochází k trvalému pokroku ve výživě dětí, zejména narůstá obecné uvědomění o nezastupitelnosti kojení a mateřského mléka. Ukázalo se, že výživa na počátku života významně ovlivňuje zdraví jedince v následujících letech. Mateřské mléko je chápáno jako nejdokonalejší funkční potravina.

V současnosti lze kojencům a malým dětem podávat jen ty potravinářské výrobky, které svým složením odpovídají mezinárodním normám Evropské unie (Nevoral, 2003).

V průběhu sociální praxe ve 3. ročníku studia Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední školy, kterou jsem absolvovala právě v azylovém domě pro matky s dětmi, jsem se zabírala myšlenkou, jak jsou ženy v socioekonomické nouzi schopné uživit své děti. Zkušenosti a vyprávění sociálních pracovníků o stravě klientek a jejich dětí mě inspirovaly k zmapování základních oblastí výživy dětí do 1 roku věku u matek v socioekonomické krizi.

Diplomová práce je rozdělena do tří částí. První, charakterizuje cíle a úkoly práce. Druhá, teoretická část, slouží jako východisko výzkumné práce. Stručně charakterizuje novorozenecké a kojenecké období. Popisuje jednotlivé složky a fáze výživy, jejich důležitost pro optimální vývoj kojence. Empirická část práce obsahuje metodiku výzkumu, charakterizuje vzorek respondentů, popisuje vlastní průzkumné šetření a prezentuje jeho výsledky.

Součástí práce je powerpointová prezentace, která byla využita jako edukační materiál při besedách s matkami na téma kojenecké výživy.

2 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit aktuální dopad nepříznivé socioekonomické situace matky na výživu dítěte do 1 roku věku u klientek využívajících služeb Azylových domů pro matky s dětmi v Pardubickém kraji. Na základě zjištěných výsledků provést edukační přednášku na téma „Výživová doporučení u dětí do 1 roku věku“.

Díličí úkoly diplomové práce:

- 1) Studium odborné literatury a ostatních dostupných odborných zdrojů z oblasti výživy dětí do 1 roku věku a vyvození teoretického základu diplomové práce.
- 2) Příprava podmínek a vlastní realizace výzkumného šetření pomocí dotazníkové metody v Azylových domech pro matky s dětmi na Pardubicku předkládané matkám dětí do 6 let věku.
- 3) Zpracování kazuistik matek s dětmi, které využívají pobytové služby Kojeneckého ústavu ve Svitavách. Důvodem je dokreslení životní situace matek, které se ocitly v tíživé situaci. Často se jedná o prvozáchyt matek potýkajících se s problémovou či krizovou situací, které následně využívají služeb azylových domů pro matky s dětmi.
- 4) Analyzovat a interpretovat získaná data dotazníkového šetření. Na základě získaných informací zjistit:
 - a) zda děti žen, u kterých se předpokládá socioekonomická zátěž, jsou kojeny a po jakou dobu, nebo preferují-li matky umělou mléčnou stravu,
 - b) výskyt potravinových alergií dětí, které mohou souviset s pravidelností, skladbou potravin a předčasným zaváděním příkrmů,
 - c) užívání vitamínových preparátů u dětí, které jsou preventivně předepisovány pediatrem,
 - d) období přechodu dítěte na nemléčnou kojeneckou stravu,
 - e) souvislosti mezi cenou a vhodností příkrmů (čerstvá zelenina a ovoce x kojenecké konzervy),
 - f) z jakých zdrojů matky získaly informace o vhodnosti potravin, které mohou být dítěti podávány v prvním roce života,

- g) jaké nápoje matky pro své děti upřednostňují,
 - h) osobní preferenci výběru běžných potravin vyskytujících se v domácnosti,
 - i) míru financí, které matky měsíčně vkládají do nákupů potravin, kosmetiky, zboží denní spotřeby. a do svých nešvarů nebo požitků,
 - j) finanční rozmezí, které si matky mohou dovolit do dítěte a potažmo do jeho výživy investovat.
- 5) Vytvořit informační materiál (powerpointová prezentace), který bude sloužit k osvětě matek v problematice výživy dětí do jednoho roku věku v Azylových domech, kde bude provedeno výzkumné šetření. Provést v těchto zařízeních přednášku a otevřít diskusi na dané téma.

3 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretická část prezentuje problematiku výživy dětí do jednoho roku věku s ohledem na současná výživová doporučení. Získané poznatky, informace a doporučení jsou pilířem výzkumné části diplomové práce

3.1 Charakteristika novorozence a kojence

Novorozenecké období

Trvá od okamžiku narození do ukončeného 28. dne postnatálního vývoje. Je obdobím adaptace tělních systémů na mimoděložní podmínky (Lébl, 2003, s. 4).

Adaptace zahrnuje změny oběhové, dechové, trávicí, schopnost udržení tělesné teploty, iontové a vodní rovnováhy. Dochází k vytváření úzkého vztahu mezi matkou a dítětem od okamžiku porodu. K posilování vztahu vede i přirozený způsob výživy mateřským mlékem (Volf, Volfová., 2000, s. 16).

Kojenecké období

Trvá 11 kalendářních měsíců – začíná 29. den života a končí v den prvních narozenin. Je obdobím rychlého somatického, neuropsychického a motorického vývoje, který symbolicky vrcholí prvním samostatným krůčkem a smysluplným slovem kolem jednoho roku (Lébl, 2003, s. 5).

Růst vyžaduje vysoký energetický příjem a vhodné složení potravy, což nejlépe zabezpečí kojení. Předčasná umělá výživa zatěžuje trávicí trakt, vede k jeho osídlení nevhodnými bakteriemi a vyššímu výskytu infekcí a alergií v pozdějším věku. Začíná růst mléčný chrup (Volf, Volfová, 2000, s. 16-17).

3.2 Fyziologické a psychologické aspekty výživy malých dětí

Potrava nejen dodává živiny potřebné pro růst a normální fyziologické funkce, ale je součástí řady sociálních interakcí, počínaje vytvořením vztahu mezi matkou a dítětem až po zvládnutí pozdějších společenských příležitostí. Výživové chování je komplexní fenomén zahrnující koordinaci vývoje motorického, kognitivního, sociálního a emocionálního (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 15).

Nervosvalová koordinace

Zrání nervosvalového systému má vliv na možnosti způsobu výživy kojence. Reflexy, které jsou přítomny v různých stádiích vývoje, mohou usnadňovat, nebo naopak znesnadňovat zavádění různých typů potravy (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 15).

U novorozenců je důležitý soubor reflexů – pohybů, které ho dovedou k potravě. Jsou uskutečňovány prostřednictvím vývojově starých mechanismů, z nichž některé mají společné s řadou jiných savčích mláďat. Jedná se o komplex automatismů, kterým se dítě neučí (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 63). Po narození umožňuje kojení hledací, sací a polykací reflex (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 15).

K příjmu a zpracování potravy v ústech používá dítě v závislosti na věku sání, žmoulání a žvýkání. Všechny tyto dovednosti získává dítě postupně. Prvotní sací reflex umožňuje spolknutí tekuté stravy (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 18-19). Kolem 5. měsíce se objevují pohyby dolní čelisti nahoru a dolů, zvané žmoulání, schopnost kontroly polohy hlavy a sezení. V 8. měsíci kojenci většinou sami sedí (Frühauf, 2006, s. 28). Mezi 7.- 9. měsícem se spolu s prořezáváním zubů objevují rytmické žvýkácké pohyby. Pohyby jazyka do strany, díky nimž se sousto posunuje směrem ke stoličkám, jsou patrné až mezi 8.- 12. měsícem (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 18-19). Kolem 10. měsíce umí nasávat spodním rtem, jí malá sousta a samo si strká do úst. Ve 12 měsících dokáže do úst vložit nabranou lžící, při nabírání je často neúspěšné (Frühauf, 2006, s. 28). Úplné rotační žvýkání umožňující rozkousat vláknité potraviny se objevuje až mezi 12. - 18. měsícem (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 15-16). V 15 měsících umí použít horní řezáky k čištění spodního rtu, zkouší samostatně jíst lžící. V 18 měsících sedí samostatně u stolečku, umí polknout i pevná sousta, jí samostatně lžící. Ve dvou letech olizuje zbytky stravy ze rtů, polyká stravu smíšené konzistence, kouše se zavřenými ústy, jí samostatně vidličkou (Frühauf, 2006, s. 28).

Nervosvalový vývoj kojence ukazuje minimální věk, kdy je dítě fyzicky schopno přijímat potravu určitého typu, ale neznamená to, že by ji mělo dostávat.

Pro zavádění nových potravin a struktur stravy existuje senzitivní perioda a kritický věk. Senzitivní perioda je optimální období, ve kterém se dítě naučí

novému chování. Kritický věk znamená věk, po jehož dosažení se již dané chování nenaučí (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 18-19).

Trávení a vstřebávání potravin

Trávicí funkce se v průběhu prvního roku života postupně vyvíjejí (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 19). Sekrece gastrických, intestinálních a pankreatických enzymů není u kojence plně rozvinuta. Sekrece žlučových kyselin je hraniční. Kolem 6. měsíce je gastrointestinální trakt (GIT) schopen efektivně vstřebávat škrob, bílkovinu a tuk z nemléčné stravy. Kojenec má malou kapacitu žaludku (30 ml/kg) – objemná a nízkokalorická strava může být důvodem neprospívání (Frühaufer, 2006, s. 28).

Funkce ledvin

Kolem 4. měsíce jsou ledviny schopny vyloučit vyšší renální nálož (Frühaufer, 2006, s.28). V době zavádění příkrmů jsou renální funkce vyztřelé tak, že není potřebné modifikovat doporučení o příkrmu podle věku (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 19).

Obranyschopnost

Vývoj a udržování účinné slizniční bariery je základním obranným mechanismem organismu. U novorozence je slizniční bariéra nezralá, to znamená větší zranitelnost jak střevními patogeny, tak potravinovými bílkovinnými antigeny. Mateřské mléko obsahuje ochranné a stimulační faktory, které se v náhradách mateřského mléka nevyskytují (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 19-20).

Vývoj stravovacích návyků

V průběhu přechodu z mléčné na smíšenou stravu dítě získává množství nových informací o potravinách. Vývoj výživového chování, preference a averze k určitým potravinám je z části určen geneticky (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 20-21).

Přechod od sání k příjmu tuhé stravy sebou nese pro dítě velké změny. Mateřské mléko již nestačí krýt nutriční potřeby dítěte. Strava má zcela jiné vlastnosti: hrubší konzistence, různobarevnost, jiná vůně a začíná se podávat lžičkou. Mění se postupně rozdělení denního příjmu živin do jednotlivých jídel.

Frekvence krmení během dne se postupně snižuje a koncentruje do několika denních dávek (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 65).

Dítě obvykle nepřijme nové pokrmy hned, ale vyvíjí si chuť na určitou potravinu v závislosti na frekvenci nabízení, teprve po opakované pozitivní zkušenosti překoná strach z neznámého. Kojené děti snadněji přijímají nové chutě než děti na umělé výživě, zřejmě proto, že mateřské mléko mění chuť podle potravin, které matka sní (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 20-21).

Dítě si nejnáze oblíbí potraviny, které spojuje s příjemnými pocity, s pocitem nasycení, bezpečí, příjemných situací, pohody v rodině, uzdravení.

Na potraviny spojené s nepříjemnými pocity – nevolností, zvracením, nemocí – si dítě rychle vyvine averzi. Dítě si neoblíbí jídlo, do něhož je nuceno nebo během něhož je káráno, či ho má spojeno s hádkou rodičů (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 20-21).

Malé děti mají tendenci řídit množství stravy svými pocity hladu a sytosti. Snaha rodičů ovlivnit množství potravy, kterou dítě sní, může mít vliv na jeho pozdější schopnost regulace příjmu energie (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 20-21).

Na množství potravy a přijetí nových potravin má vliv i chování matky a rodinných příslušníků (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 20-21). Frekvence a velikost jednotlivých porcí stravy je závislá na kultuře, způsobu života a zvyklostech rodiny, ve kterých dítě vyrůstá. Znamená to přizpůsobit se tomu, kdy se má snídat, v kolik hodin obědovat nebo večeřet, kolikrát denně jíst a to vše v souvislosti s pracovním a společenským režimem rodiny (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 65).

3.3 Historie počáteční dětské výživy

Z doby 3000 let před naším letopočtem jsou dochovány jedny z prvních dokumentů o výživě dětí. Rodit a kojit dítě bylo schopností, která byla považována za dar z nebes. Z 16. století př.n.l. se zachovaly dva lékařské papyrasy. Jeden z nich zdůrazňuje vysokou hodnotu mateřského mléka, zvláště pro nemocné dítě. Mateřské mléko bylo doporučováno pro přípravu léčiv k terapii popálenin, ekzémů a podobně. Nedostatek mateřského mléka byl v bohatých rodinách řešen nájmem kojné. Náhražkou mateřského mléka bylo mléko zvířat (velbloud, koza, ovce,

kráva, osel). Dochovaly se i portréty dětí, které sají mléko přímo od zvířat (Tláškal, 2008, s. 86).

V indické literatuře z prvního století našeho letopočtu se zachoval návod k výživě novorozence. Dítěti byla ještě před přestřihnutím pupečníku vytřena ústa máslem a solí. Poté dítě dostalo trochu medu a džusu. Po dobu tří až čtyř dnů bylo živeno 3x denně máslem a medem mixovaným se šťávou vybraných kořínků. Teprve s nástupem laktace začalo dostávat mléko a med (Tláškal, 2008, s. 86).

Schéma 1 Doporučovaný systém dětské výživy v prvním tisíciletí našeho letopočtu

Autor	Soranus r. 98-117	Galen r. 130-200	Paulus Aeginata r. 625-690	Avicena r. 980-1036
Výživa				
První potrava	med či med a kozí mléko	med	med a následně mléko	med
První přiložení k prsu	od druhého dne kojná, později matka	jak nejdříve je možné, první dny kojná		
Podání dalších složek výživy	6. měsíc	při prořezání prvního zubu	když je dítě na to připraveno	když dítě hledá další potravu
Doporučené jiné první potraviny	cereálie, chléb a mléko, ovesná kaše, vejce	chleba, maso, zelenina, mléko	do dvou let mléko a později cereálie	přežvýkaný chléb, chléb namočený ve víně
Odstavení dítěte	18.- 24. měsíc	3 roky	2 roky	2 roky

Zdroj: (Tláškal, 2008, s. 86)

V 15. století n.l. se způsob výživy dítěte časného věku příliš nezměnil. První potravou byl med, dále mateřské nebo ženské mléko. Brzy byla do jídelníčku dítěte zařazována ovesná kaše, později chléb s mlékem, masová polévka. Dítě bylo kojeno dva roky. V 18. století n.l. bylo již první potravou dítěte kolostrum (Tláškal, 2008, s. 86).

Před obdobím „moderní medicíny“ bylo kojení upřednostňovaný způsob výživy kojenců. V situacích, kdy měla matka nedostatek mléka, nemohla či nechtěla kojit, byly hojně využívány kojné. Jako kojné byly preferovány brunety, protože se věřilo, že jejich mléko je výživnější. V 18.st. n.l. byl o kojné takový zájem, že se zřizovaly zvláštní instituce, kde se registrovaly. V 19. století kojné vyšly z módy a zájem se obrátil na náhradní výživu zvířecím mlékem. Používalo se mléko kozí, kravské, kobylí a oslí. Lékaři se přeli, zda je lépe podávat mléko čerstvé, ohřáté, převařené, nebo ředěné s přidáním cukru a medu (Nevoral, 2006, s. 3).

Před érou kojeneckých lahví bylo mléko podáváno lžičkou nebo kravským rohem opatřeným na zúženém konci jelení kůží jako dudlíkem. Průmyslová revoluce poté nabídla nespočet tvarů kojeneckých lahví. Gumové dudlíky se začaly používat od roku 1845. Po odstavení dítěte bylo živeno převařeným mlékem nebo vodou zahuštěnou zapečenou pšeničnou moukou a někdy žloutkem (Nevoral, 2006, s. 3).

Dlouhodobým cílem lékařů bylo vyvinout adekvátní náhražku mateřského mléka. Na počátku 19. století bylo pozorováno, že děti živené neupraveným kravským mlékem měly vyšší mortalitu než děti kojené. V roce 1838 německý vědec Franz Simon poprvé provedl chemickou analýzu mateřského mléka a objevil zásadní rozdíly ve složení. Poté lékaři začali doporučovat ředěné kravské mléko s přísadami cukru a smetany (Nevoral, 2006, s. 3).

V roce 1860 byla v Německu vyvinuta první komerční sušená formule, která obsahovala kravské mléko, pšeničnou mouku, slad a uhličitan draselný. Formule se přidávala do ohřátého mléka a stala se velmi rychle populární. O desetiletí později byla na trh uvedena formule, která se rozpouštěla ve vodě, a stala se první kompletní formulí. Jejich nevýhodou byla vysoká cena v porovnání s kravským mlékem, a mnoho žen proto nadále kojilo (Nevoral, 2006, s. 3).

Na konci 19. století byli lékaři přesvědčeni, že kojenecká výživa průmyslově vyrobená není z výživového hlediska adekvátní pro kojence. Dávali přednost přípravě stravy v domácích podmínkách. Doporučovali kravské mléko ředit, aby se snížil obsah kaseinu a ztráty sacharidů a tuků doplňovali přísadami cukru a smetany (Nevoral, 2006, s. 3).

V roce 1883 byla objevena metoda odpařovaného mléka (metoda sprejového sušení). Tento proces neměnil fyzikální vlastnosti mléka. Mléko bylo homogenizované, hrudky se zmenšily, mléko bylo stravitelnější než mléko převařené nebo pasterizované. Ve studiích z 20.-30. let 20. století bylo prokázáno, že kojenci živeni tímto mlékem rostli stejně dobře jako kojenci kojení. Rodiče ujistěni těmito výsledky začaly formule používat a propagovat. Výhodou byla i nízká cena (Nevoral, 2006, s. 4).

V tehdejší Československu byl vybudován a uveden do provozu v roce 1936 první závod na výrobu kojenecké a dětské výživy, kojeneckých mlék a cereálních kaší v Moravském Krumlově. V roce 1942 byl v provozu specializovaný závod na kojeneckou výživu v Hlinsku, ve kterém vyráběli

plnotučné sušené mléko pod značkou NIDO a kojenecké mléko pro dietní účely – ELEDON (Nevoral, 2006, s. 4).

Prudký nárůst počtu dětí po 2. světové válce vedl k rozvoji průmyslu s kojeneckou výživou. Většina dětí, které nebyly kojeny, dostávaly formule, které byly snadno použitelné, levné a věřilo se, že byly medicínsky tak vylepšené, že zajišťovaly optimální výživu kojence. Nevhodná propagace kojeneckých formulí vedla mezinárodní organizace k rozhodnutí o zákazu reklamy na kojeneckou mléčnou výživu jakožto náhražky mateřského mléka a k bezvýhradné podpoře kojení. (Nevoral, 2006, s. 3).

V posledních desetiletích minulého století přichází doba jemného doladění složení formulí. Formule podléhají doporučení minimálního a maximálního množství jednotlivých makro i mikronutrientů. Bílkovina kravského mléka byla adaptována. Byl změněn poměr syrovátkových bílkovin ke kaseinu. Do formulí byly přidány nukleotidy a vícenenasycené mastné kyseliny s dlouhými řetězci (Nevoral, 2006, s. 4).

Vývoj poznání postupně změnil systém dětské výživy. Dávná doporučení pro děti časného věku se stala minulostí. Lidské bádání vedlo ke zkvalitnění i prodloužení délky života (Tláskal, 2008, s. 86).

3.4 Základní složky stravy

Cílem výživy v dětském věku je zajistit dostatek energie pro bezprostřední potřeby dítěte, vytvořit nutriční předpoklady pro fyziologický růst a vývoj, a vyhnout se nutričním deficitům. Správné složení stravy přispívá k prevenci akutních i chronických onemocnění a napomáhá přiměřenému somatickému a neuropsychickému vývoji dítěte (Lébl et al, 2003, s. 43).

Výživová hodnota potravy je dána obsahem energie, makro a mikronutrientů a vody. Makronutrienty tvoří: cukry, tuky a bílkoviny. Mikronutrienty je souhrnný název pro vitamíny a minerální látky (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 22).

Voda

Organismus kojence obsahuje vyšší podíl vody (70 - 75 %) než organismus dospělého člověka (60 - 65 %) (Perlín, 2008, s. 37).

Denní potřeba tekutin u zdravého kojence činí 10 - 15 % jeho tělesné hmotnosti (Lébl et al, 2003, s. 43).

Význam v organismu: základní prostředí pro buněčné metabolické děje, transportní medium pro minerály, živiny a odpadní produkty metabolismu, termoregulace (Lébl et al, 2003, s. 43).

Schéma 2 Průměrná denní potřeba vody u kojenců za běžných podmínek

Věk	Průměrná tělesná hmotnost (kg)	Celková potřeba vody za 24h (ml)	Potřeba vody na kg tělesné hmotnosti za 24h (ml)
3 dny	3,0	250-300	80-100
10 dní	3,2	400-500	125-150
3 měsíce	5,4	750-850	140-160
6 měsíců	7,3	950-1100	130-155
9 měsíců	8,6	1100-1250	125-145
1 rok	9,5	1150-1300	120-135

Zdroj: (Lébl et al, 2003, s. 43)

Energie

V 1. roce je 85 - 90 % přijaté energie využito pro růst tělesných tkání a jen 5 - 10% pro produkci tepla a pohybovou aktivitu (Perlín, 2008, s. 37).

V průběhu prvního roku života činí denní potřeba energie cca 340 - 500 kJ/kg.

Makronutrienty by se měly na energetickém příjmu podílet následovně:

- 9 - 15 % bílkoviny,
- 45 - 55 % sacharidy,
- 35 – 45 % tuky (Lébl et al, 2003, s. 44).

Bílkoviny

Jsou v organismu štěpeny na aminokyseliny, které jsou použity na výstavbu tělesných tkání. Z 24 aminokyselin je 9 tzv. esenciálních. Chybí-li ve stravě některá z aminokyselin, je omezen růst buněk (Volf, Volfová, 2000, s. 36).

Vstřebávají se z gastrointestinálního traktu po rozštěpení na oligopeptidy a α -aminokyseliny v tenkém střevě. Bílkoviny nelze v organismu efektivně skladovat. V případě nedostatku dochází k mobilizaci proteinů ze svalové tkáně s cílem zajistit cestou katabolismu dostatečný zdroj aminokyselin pro syntézu enzymů a pro potřeby centrální nervové soustavy (CNS) (Lébl et al, 2003, s. 44).

Význam v organismu: zdroj aminokyselin k zajištění proteosyntézy, udržování acidobazické rovnováhy, součást hemoglobinu, nukleotidů, glykoproteidů, lipoproteidů, enzymů, protilátek (Lébl et al, 2003, s. 44).

Doporučené množství bílkovin:

- 0 - 6 měsíců – 2,2 g/kg/den,
- 6 – 12 měsíců – 2,0 g/kg/den,
- 1 – 3 roky – 1,8 g/kg/den (Nevoral a kol., 2003, s. 107).

Sacharidy

Slouží jako hlavní zdroj energie. Jako zásobní energie jsou uloženy ve formě glykogenu v játrech a svalech (Volf, Volfová, 2000, s. 36). Zásobní sacharidy tvoří 1% tělesné hmotnosti (Lébl et al, 2003, s. 44).

Strava dítěte obsahuje sacharidy v podobě monosacharidů (glukóza, fruktóza, galaktóza), disacharidů (laktóza, sacharóza, maltóza a izomaltóza) a polysacharidů (škroby, dextriny, glykogen, celulóza). V GITU dochází k rozštěpení disacharidů a polysacharidů na monosacharidy, které jsou pak absorbovány. Část absorbované glukózy je oxidována přímo ve tkáních (CNS, svalová tkáň), převážná část je v játrech zpracována na glykogen (Lébl et al, 2003, s. 44).

Teprve při nedostatku cukru spaluje organismus tuky a nakonec bílkoviny. Glukóza se uvolňuje z glykogenu pouze v játrech. Ve svalech se glykogen rozkládá na kyselinu mléčnou. Děti, které jsou nadměrně živené sacharidy, jsou obézní a snadněji podléhají infekci (Volf, Volfová, 2000, s. 36).

Doporučené množství sacharidů:

- 0 – 3 měsíců – 13,8 - 16,3 g/kg/den,
- 4 – 6 měsíců – 9,1 – 13,8 g/kg/den,
- 7 – 9 měsíců – 7,6 – 11,5 g/kg/den,
- 10 – 12 měsíců – 7,7 – 11,6 g/kg/den (www.vyzivadeti.cz).

Tuky

Jsou významným zásobním zdrojem energie. Tuky a jejich metabolické produkty tvoří součást buněčných stěn. Přítomnost tuků ve stravě zvyšuje její chuťovou přitažlivost (Lébl et al, 2003, s. 45).

Ovlivňují vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích a jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin (kyselina linolenová, linolová a arachidonová). Tyto kyseliny jsou obsaženy v rostlinných olejích a jsou nezbytné pro správný vývoj a funkci kůže a podkožního vaziva. (Volf, Volfová, 2000, s. 36).

U kojenců, jejichž strava je chudá na kyselinu linolovou, se rozvíjí intertrigo (opruzení), jejich kůže je suchá, zesílená a výrazně se šupí (Lébl et al, 2003, s. 45).

Doporučené množství tuků:

- 0 – 3 měsíců – 6,1 – 7,2 g/kg/den,
- 4 – 6 měsíců – 4,2 – 6,1 g/kg/den,
- 7 – 9 měsíců – 3,9 – 5,1 g/kg/den,
- 10 – 12 měsíců – 3,4 – 5,1 g/kg/den (www.vyzivadeti.cz).

Vitamíny

Jedná se o organické látky, které jsou pro organismus nezbytné v malém množství. V buněčném metabolismu jsou součástí enzymů. Rostoucí dětský organismus má větší potřebu vitamínů (Volf, Volfová, 2000, s. 37).

Jsou nezbytně nutné pro zajištění správné funkce všech orgánů a tkání. Nepředstavují zdroj energie a mají nezastupitelnou úlohu při metabolických přeměnách, růstu a vývoji dětského organismu (Zand et al, 1997).

Dělí se podle rozpustnosti. Vitamíny rozpustné v tucích jsou A, D, E, K. Vitamíny rozpustné ve vodě jsou vitamín C a vitamíny komplexu B: thiamin, riboflavin, niacin, kyselina pantotenová, pyridoxin, kyselina listová, cyanokobalamin a biotin (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 22).

Schéma 3 Doporučené dávky vitamínů pro kojence

Vitamín	0 – 6 měsíců (na kg/den)	6 – 12 měsíců (na kg/den)
Vitamín A (µg RE)	62,5	42
Vitamín D (µg)	1,25	1,11
Vitamín E (mg α-TE)	0,5	0,44
Vitamín K (µg)	0,83	1,11
Vitamín C (mg)	5	3,89
Thiamin (mg)	0,05	0,04
Riboflavin (mg)	0,07	0,06
Niacin (mg)	0,83	0,67
Vitamín B6 (mg)	0,05	0,07
Kyselina listová (µg)	4,17	3,89
Vitamín B12 (µg)	0,05	0,06

Zdroj: (Nevoral a kol., 2003, s. 107)

Minerální látky

Minerální látky jsou součástí všech tělesných tkání a tekutin. Mají nezastupitelnou úlohu při přenosu nervových vzruchů, stahování svalstva, zadržování dostatečného množství tekutin v organismu a štěpení živin, ovlivňují produkci hormonů (Zand et al, 1997).

Rozlišují se podle množství, v němž je potřebujeme na: makroelementy (Ca, P, K, Na, Cl, S, Mg), jejichž denní potřeba se pohybuje v gramových množstvích. Tyto minerály tvoří 60 - 80% anorganického materiálu v těle. Dále oligoelementy (Zn, Fe, Mn, Cu) přijímané ve zlomcích gramu a mikroelementy (Co, Ni, I, Mo, Se), jedná se o prvky přijímané ve zlomcích miligramů. Poslední dvě skupiny jsou též nazývané stopové prvky (Schreiber a kol., 1998, s. 236-237).

Schéma 4 Doporučené dávky minerálů a stopových prvků pro kojence

Minerál	0 – 6 měsíců (na kg/den)	6 – 12 měsíců (na kg/den)
Vápník (mg)	67	67
Fosfor (mg)	50	56
Hořčík (mg)	6,7	6,7
Železo (mg)	1	1,1
Zinek (mg)	0,83	1,1
Jód (µg)	6,7	5,56
Selen (µg)	1,67	1,67

Zdroj: (Nevoral a kol., 2003, s.107)

3.5 Souhrn doporučení Světové zdravotnické organizace o výživě malých dětí

- 1) Kojit výlučně do šesti měsíců věku dítěte. Příkrm zavádět v ukončených šesti měsících při pokračujícím kojení.
- 2) Pokračovat v častém kojení dle potřeb dítěte do jeho dvou let i déle.
- 3) Citlivě reagovat na potřeby dítěte při kojení.
- 4) Zachovávat správnou hygienu a zacházení s potravinami.
- 5) V ukončených šesti měsících věku dítěte začít s malým množstvím komplementární výživy, s věkem zvyšovat porce stravy. Současně udržovat časté kojení.

- 6) S růstem dítěte zvyšovat konzistenci a různorodost nabízené stravy podle potřeb a schopností dítěte.
- 7) S postupujícím věkem zvyšovat denní frekvenci podávání příkrmů. Vhodný počet pokrmů závisí na energetické hodnotě stravy, které dítě sní při krmení.
- 8) Podávat dítěti pestrou stravu k zajištění příjmů všech potřebných živin.
- 9) Používat pro matku a dítě v případě potřeby doplňky vitamínů a minerálních látek.
- 10) Při onemocnění zvýšit podávání tekutin, častěji kojit. Podporovat dítě, aby jedlo měkká, pestrá, lákavá a oblíbená jídla. Po uzdravení podávat jídlo častěji než obvykle a dohlížet na jeho konzumaci (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 12).

3.6 Výživa novorozenců a kojenců

Výživa v novorozeneckém a dětském věku je specifickou kapitolou dětské výživy. Přirozeným hlavním zdrojem potravy v tomto věkovém období je mateřské mléko. Děti mohou v prvním roce života dostávat výživu přirozenou mateřským mlékem (MM), umělou a smíšenou (Lébl et al, 2003, s. 48).

První půlrok je optimální výhradně mléčná výživa, kdy množství vypitého mléka odpovídá jedné šestině hmotnosti dítěte, což pokrývá i celkovou potřebu tekutin (Frühaufer, 2005, s. 44). Následuje přechodné období, kdy se zavádí nemléčné příkrmy speciálně upravené pro kojenecký věk (komplementární strava). Za standardních podmínek je zaváděna až od ukončeného 6. měsíce věku. Postupně se zvyšuje konzistence stravy. Kolem 1 roku je možné podávat smíšenou stravu, kterou jí rodina (Frühaufer, 2005, s. 44).

Děti, které jsou v prvních dvou letech života nevhodně živeny, trpí deficitem mikronutrientů a častěji trpí poruchami růstu. Mají vyšší úmrtnost, riziko mentální retardace a hůře se učí (Frühaufer, 2003, s. 7).

Cíle optimální výživy kojence

- Zajištění adekvátního růstu s minimálním výskytem nemocnosti,
- kognitivní, mentální a motorický rozvoj zajišťující životní prosperitu,

- navození optimální spánkové aktivity nutné pro rytmickou aktivitu CNS, mentální rozvoj zajišťující životní prosperitu,
- podpora imunity a minimalizace infekční morbidity a mortality,
- prevence minimalizace alergických projevů,
- ovlivnění a snížení rizika chronických onemocnění souvisejících s příjmem potravy (kardiovaskulární choroby, hypertenze, inzulínová rezistence, diabetes, osteoporóza, tumory),
- prevence chorob s porušeným vztahem k příjmu potravy (anorexie, bulimie, obezita) (Frühauf, 2005, s. 44).

3.6.1 Kojení

Výhradné kojení je definováno jako konzumace MM bez jakékoli další suplementace (voda, džus, formule, jiná potrava) s výjimkou vitamínů, minerálů a léků. Kojení je základní způsob výživy v kojeneckém věku (Frühauf, 2005, s. 44).

Výhody kojení pro dítě:

- ochrana před infekcemi (zánět středního ucha, hrtanu a průdušek, střevní infekce – průjmy),
- ochrana před vznikem potravinových alergií a před alergickými projevy v budoucnosti,
- optimální vývoj duševních schopností dítěte,
- menší riziko vzniku obezity, cukrovky a chudokrevnosti,
- správný vývoj kostí a menší riziko osteoporózy v budoucnosti (Gregora, 2007, s. 11–12).

Výhody kojení pro matku:

- nejpohodlnější, nevhodnější a nejlevnější způsob výživy dítěte,
- rychlejší zavinování dělohy po porodu a její návrat do stavu před otěhotněním,
- přirozené snížení hmotnostního přírůstku po porodu, návrat k původní váze,
- menší poporodní ztráty krve,
- výlučné kojení má antikoncepční účinek,
- ochrana před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou (Gregora, 2007, s. 11–12).

Kromě zdravotních výhod má kojení sociální a ekonomický přínos pro celou společnost. Nižší nemocnost kojených dětí umožňuje rodičům, aby se více věnovali dalším dětem i rodinným povinnostem a snižuje se absence rodičů v zaměstnání. Rodinný rozpočet nezatěžují výdaje spojené s používáním umělé výživy (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 8).

Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond OSN (UNICEF) doporučují výlučné kojení po dobu 6 měsíců, zavádění nemléčných příkrmů až po 6. měsíci věku a pokračování v kojení do věku kolem 2 let dítěte i déle (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 8).

3.6.1.1 Mateřské mléko

MM se vyvíjelo, stejně jako u jiných savců, po celou dobu existence druhu, aby co nejlépe odpovídalo specifickým potřebám lidského novorozence. Do doby zcela nedávné to bylo MM, které umožňovalo novorozenci přežít. Čím více je známo o nutričních, imunologických a ostatních benefitech MM a kojení, tím zřejmější je jeho nenahraditelnost (Nevoral a kol., 2003, s. 63).

MM je svým složením a proměnlivostí pro kojence jedinečné (Frühauf, Nevoral, Paulová 2003, s. 7). Zajišťuje dodávku potřebných živin, vody a svým složením nejlépe odpovídá fyziologickým potřebám kojence (Lébl et al, 2003, s. 48). Mění se v průběhu prvních dnů (kolostrum, přechodné, zralé MM), v průběhu jednoho dne i v průběhu jednoho jediného kojení (Nevoral a kol., 2003, s. 63).

Druhy a složení mateřského mléka

MM se dělí dle doby, kdy vzniká v těle matky. Na vlastní laktaci (kojení) se připravuje mléčná žláza během těhotenství. Vliv na tvorbu mléka mají estrogenní hormony a prolaktin. Oxytocin ovlivňuje stah mlékovodů a vypuzení mléka při sání. Jeho hladina je závislá na četnosti přikládání novorozence k prsu (Volf, Volfová, 2000, s. 46).

Mléko, které se tvoří již před porodem a zůstává v prsou v různém množství, se nazývá *mlezivo (kolostrum)*. Kolostrum má vlastnosti průhledné, husté tekutiny připomínající vaječný bílek (Gregora, Paulová, 2005, s. 26). Je imunitně vydatné, obsahuje téměř dvojnásobné množství bílkovin než mléko zralé. Denně se ho vytvoří 50-170 ml (Kejvalová, 2005, s. 30). Jeho produkce trvá

cca 5 dní. Od 5. do 14. dne se tvoří tzv. *přechodové mléko*. Asi ve 3. týdnu života se objevuje *mléko zralé* (Volf, Volfová, 2000, s. 46).

Kalorická hodnota zralého MM je cca 289 kJ, kolostra 236 kJ. Cukry (40 % kalorické hodnoty) a hlavně tuky (60 % kalorické hodnoty) jsou variabilními složkami MM. Zbytek kalorické hodnoty tvoří bílkoviny (Nevoral a kol., 2003, s. 63).

Bílkoviny jsou nejstálější složkou MM (Nevoral a kol., 2003, s. 63). Hlavní bílkovinou je laktalbumin. Převaha laktalbuminu nad kaseinem (poměrem 80:20) činí MM snadno stravitelným (Kejvalová, 2005, s. 30).

Tuky jsou nejvariabilnější složkou MM (Nevoral a kol., 2003, s. 64). Zastoupení tuků se z 2g/100ml v mlezivu zvyšuje na 3,8 - 4,5g/100ml ve zralém mléce. Složení tuků se mění v průběhu jednoho kojení. Tzv. zadní mléko obsahuje 4 - 5x více tuků než mléko přední. Přední mléko je produkováno na počátku kojení a je určené na zahánění žízně, tudíž je méně energeticky vydatné. Zadní mléko se zvýšením tuků se stává sytější potravou s dlouhodobějším účinkem (Kejvalová, 2005, s. 30).

Cukry jsou v MM hlavně zastoupeny laktózou, dále je přítomna galaktóza, fruktóza a malé množství jiných oligosacharidů. Obsah laktózy stoupá ze 4 % v kolostru do 7 % ve zralém MM. Laktóza se metabolizuje na glukózu a galaktózu. Část laktózy je nezbytná k vývoji CNS. Usnadňuje resorpci vápníku a železa. Nepřímo podporuje kolonizaci GIT laktobacilem (Nevoral a kol., 2003, s. 64). Bakterie mléčného kvašení chrání střevo dítěte před přerůstáním nepřátelských střevních bakterií, které způsobují střevní potíže (Kejvalová, 2005, s. 30).

Vitamíny jsou obsažené v MM a kryjí zpočátku potřeby novorozence, ale dále je třeba některé z nich doplňovat. Jde především o vitamín D. Jeho nízká hodnota v MM (okolo 0,15 µg/100ml) nedostačuje potřebám kojence. Doporučená dávka vitamínu D pro kojenečtí děti činí 400 IU denně. Vitamín K se podílí na tvorbě srážlivých faktorů krve a proto je důležitý pro prevenci krvácivých stavů. Všem novorozencům je aplikován injekcí v porodnici v dávce 1 mg. Dále se preventivně podává 1 kapka 1x týdně do věku 1 měsíce, poté 1 kapka 1x měsíčně do stáří 6 měsíců (Kejvalová, 2005, s. 31).

Koncentrace *minerálů a stopových prvků* (Na, Ca, Fe, Mg, P, Cu a F) je v mléce žen, které netrpí nedostatkem, dostatečná (Nevoral a kol., 2003, s. 65). V MM je ve srovnání s kravským mlékem lepší dostupnost Ca a P vzhledem

k jejich ideálnímu množství (poměr 2:1). Fe se v MM vstřebává ze $\frac{2}{3}$, z kravského pouze v $\frac{1}{3}$. Jód je nutný dodávat kojící matce v dávce 200 - 250 $\mu\text{g}/\text{den}$ (Kejvalová, 2005, s. 31).

Z ostatních složek MM je třeba zmínit obsah *imunitních a humorálních složek*. Toto složení je zcela nenahraditelné a jedinečné. Není zastoupeno v žádném uměle vyráběném přípravku (Kejvalová, 2005, s. 31).

Vedle prokázaných nutričních a ochranných účinků MM je jeho význam a zejména význam kojení i nemateriální povahy. Pokračuje a podporuje nerozlučitelnou dvojici matka–dítě i mimo tělo matky a vazba je psychickou podporou, bez které by vývoj člověka nedosáhl současné úrovně (Nevoral a kol., 2003, s. 66).

3.6.1.2 Technika kojení

Technika kojení spolu s kojením dle chuti dítěte je základem úspěšné laktace (Nevoral a kol., 2003, s.66). Ke správné technice kojení patří polohy při kojení, zásady správného přísátí k prsu, výživa matky v období laktace a péče o bříško kojence (Kejvalová, 2005, s. 31).

Vzájemná poloha matky a dítěte

Poloha při kojení závisí na pohyblivosti matky, zpočátku obvykle v leže, později v sedě (Nevoral, 2003, s. 69). Existuje řada pozic při kojení. Jejich střídání optimálně vyprazdňuje celý obsah mléčné žlázy a šetří namáhanou bradavku. Při změně polohy je pozice bradavky v dutině ústní jiná, tím se více šetří a vyprazdňuje se jiná část mléčné žlázy (Kejvalová, 2005, s. 32).

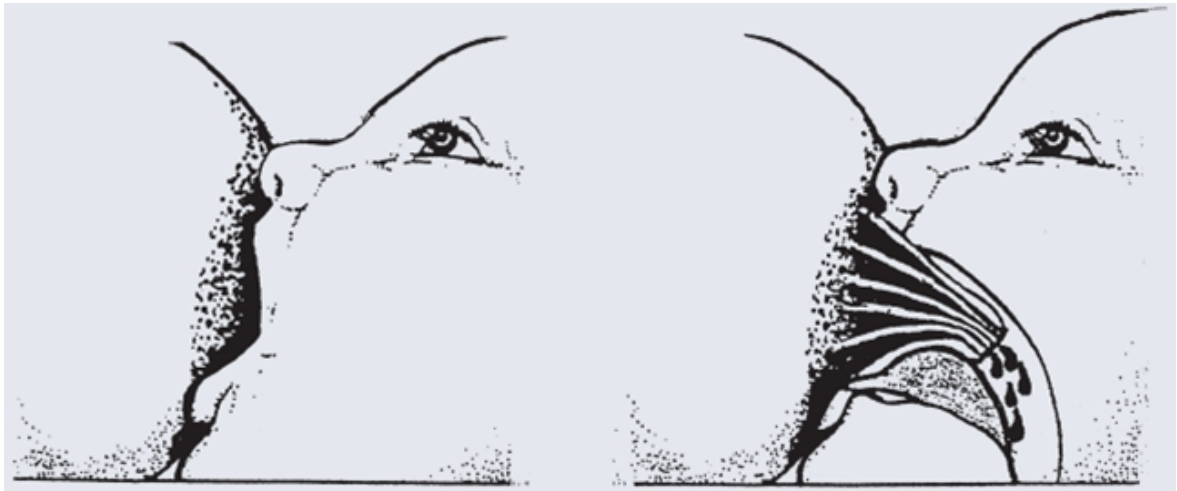
Matka musí být při kojení uvolněná, hlava, ramena a paže by měly být bez napětí. Volba polohy by měla umožnit relaxované držení na poměrně dlouhou dobu. V prvních dnech stráví matka s přestávkami kojením asi $\frac{1}{3}$ času a i později asi 4 - 6 hodin denně (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 19).



Obrázek 1 Polohy při kojení (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003)

Zásady přiložení dítěte k prsu

- Poloha dítěte musí být správná vzhledem k poloze matky.
- Dítě leží či se drží v náručí na boku. Obličej, hrudník, břicho, kolena dítěte směřují k matce („bříško na břicho“), ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Spodní ruka dítěte ležícího na boku má být pod prsem, ne mezi matkou a dítětem a bránit tak oběma v těsném kontaktu. Ústa dítěte se tak ocitnou v blízkosti dvorce a dítě jej snadno najde.
- Při kojení se nedotýkat rukama hlavičky ani tváře dítěte. Těmito stimuly dochází k odklonu hlavičky a bradavka není v úrovni úst dítěte.
- Dítě se přikládá k prsu, nikoliv prs k dítěti (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 19-20).



- brada dítěte je vtisknutá do tkáně prsu
- ústa jsou široce rozevřená
- dolní ret je ohrnut ven
- tváře nevpadávají dovnitř
- tkáň prsu se nad ústy dítěte nepohybuje

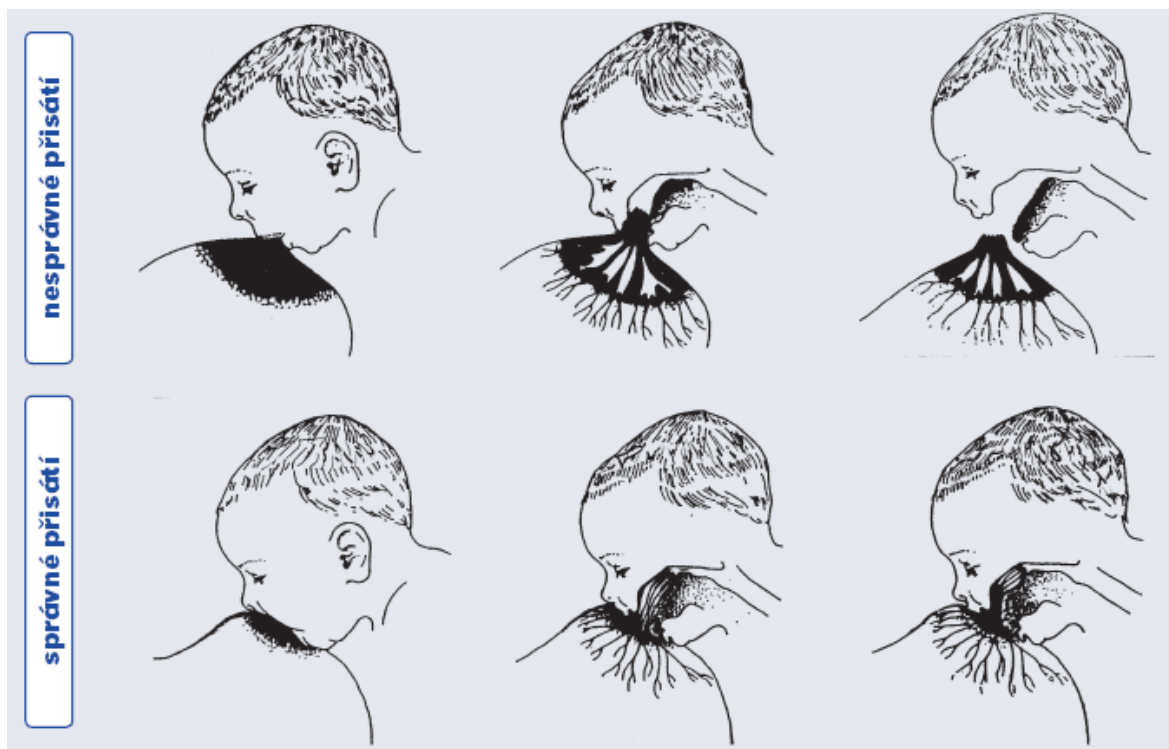
Obrázek 2 Vztah struktur prsu a dutiny ústní dítěte (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003)

Zásady správného přisátí

Matka přidržuje prs tak, aby se prsty nedotýkaly dvorce. Palec je položen nad dvorcem, zbývající prsty podepírají prs zespodu. Tímto úchopem dochází k napřímení bradavky, kterou pak matka dráždí rty dítěte. Dítě široce rozevře ústa. Matka vloží bradavku i s dvorcem do úst. Po správném uchopení prsu přivine matka dítě blíže, aby se špička nosu, tváře a brada dotýkaly prsu. Je-li prs správně umístěn v ústech dítěte, týká se pohyb jazyka pouze dvorce. Bradavka je v pozici, kdy ji dásně ani zuby dítěte nemohou poškodit (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 20).

Při správném sání rychlé sací pohyby přecházejí do dlouhých a pomalých, což je známkou funkčního oxytocinového spouštěcího reflexu. Je slyšet jak dítě polyká, při pití se pohybují ušní boltce, tváře nesmějí vpadávat. Matku kojení nebolí, nemá poškozené bradavky a kůži prsou, nemá bolestivě nalité prsy. Každá bolest při kojení znamená chybu v technice nebo nemoc prsu (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 20).

Použití lahve či dudlíku kazí vlastní techniku kojení. Učit dítě sát dvěma způsoby a střídat je může být pro dítě matoucí. Začne preferovat láhev, protože sání z ní je snazší (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 21).



Obrázek 3. Správné a nesprávné přisátí dítěte (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003)

Strategie kojení

Podmínkou úspěchu při kojení jsou režimová opatření. Poporodní období je kritickou periodou pro potravní chování dítěte (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 22).

Doporučení pro výživu kojenců a malých dětí dle WHO a UNICEF

- *Časné zahájení kojení:* přiložení k prsu do 2 hodin po porodu, nejlépe do 30 minut.
- *Výlučné kojení:* dítě je pouze kojeno, nedostává nic jiného do nástupu laktace matky.
- *Kojení podle dítěte:* délka i frekvence jednotlivých kojení se řídí dle signálů dítěte, dítě není ničím omezováno v přístupu k prsu.
- Období výlučného kojení v délce 6 měsíců.
- Zavádění vhodného a bezpečného příkrmu po 6. měsíci.
- *Pokračování kojení:* v kombinaci s vhodným příkrmem do 2 let věku dítěte i déle (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 22).

Od 4. dne života plně kojené dítě pomoci 6 - 8 plen/den, to je jedna ze známek dostatečného přívodu tekutin – tedy dostatečné laktace (Kejvalová, 2005, s. 32).

Během kojení je ze strany matky vhodné dodržovat zásady správné výživy – nekonzumovat nadýmavé potraviny, syrové maso, alkohol, drogy či nikotin. Důležitý je dostatečný přísun tekutin (Kejvalová, 2005, s. 33).

Běžná horečnatá onemocnění nejsou důvodem přerušování kojení (Nevoral a kol., 2003, s. 73). Jen málo běžně dostupných léků vysloveně brání pokračovat v kojení. Požívání léků během kojení je vždy nutné konzultovat s lékařem (Kejvalová, 2005, s. 33).

Stolice kojeného dítěte je často žluté barvy, konzistence „míchaných vajec“, kyselého mléčného zápachu. Může mít až nazelenalou barvu, řídké konzistence s vodnatým lemem. Zpočátku bývá častější, i několikrát denně (5 - 6x denně), ale může i několik dní (2 - 5 dní) vynechat (Kejvalová, 2005, s. 33).

Při tzv. nedostatku MM je vhodné dítě přikládat k prsu častěji, k oběma prsům při jednom kojení i opakovaně. Kojit alespoň 2x během noci (Kejvalová, 2005, s. 34).

Odstříkané MM je možné uchovávat v uzavřené lahvi v chladničce 24h. Při zmrazení na teplotu -18°C vydrží mléko 3 měsíce. Zmražené MM ztrácí část imunitních látek v mléce. Rozmrazujeme šetrně, pozvolna, ve vodní lázni. Rozmražené mléko znovu nemrazíme a spotřebujeme do 8 - 24 hodin (Kejvalová, 2005, s. 34).

3.6.1.3 Problémy a úskalí kojení

Jsou vzácné, pokud jsou dodržována správná a přirozená režimová opatření a dítě i matka se naučí správné technice kojení od počátku. Nezávažné komplikace jsou časté, jsou-li správně řešeny, laktaci neohrozí (Nevoral a kol., 2003, s. 74).

- **Nalítí prsou** vzniká neplynulým odběrem ze strany dítěte, špatnou technikou kojení spolu s překrvením a otokem provázejícími zvýšení tvorby mléka ve 2. - 4. dnu. Úlevu přinášejí studené až ledové obklady, reflexní masáž a šetrné zformování oploštělé bradavky odstříkáním těsně před kojením. Po 6-8 hodinách je možné odstříkat větší množství mléka a obtížné období překonat (Nevoral a kol., 2003, s. 74).

- **Pozdní nástup laktace** – většina dětí od 3. dne vypije značné množství mléka a často je ho nadbytek. U některých žen se zvýšené množství MM objeví až 5. den po porodu, někdy i později. Je nutné podpořit sebevědomí matky a výjimečně překlenout období uvážlivým podáním tekutin, někdy i pasterizovaného MM lžičkou, ale vždy až po přiložení k prsu. Skutečná snížená tvorba MM je vzácná a udává se u 3 - 4 % žen (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 90).
- **Retence mléka** je bolestivé zarudnutí a ztuhnutí části prsu, odpovídající rozsahem segmentu mléčné žlázy a povodí jednoho výtoku, typicky v podpaží. Retence může být provázena vysokou teplotou a bolestivostí. Jedná se o blokádu jednoho výtoku buněčnou drtí a zaschlým mlékem s následným otokem. Není důvodem přerušování kojení. Od mastitidy se liší přesným ohraničením zánětu a rychlou úpravou do 2 dnů (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 90).
- **Mastitida** je v prvních dvou týdnech vzácná. I později se jedná spíše o retenci než skutečný zánět, způsobený bakteriemi nebo plísněmi. Léčí se antibiotiky a antipyretiky. Dobrá drenáž je základem úspěšné léčby a prevencí vzniku abscesů. V době vzniku zánětu sdílí kojenec bakterie s matkou. Přerušování kojení při mírném zánětu je dítě ochuzeno o protilátky MM, které již matka produkuje ve zvýšené míře (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 90-91). Zdravé donošené dítě není třeba při zánětu odstavovat za předpokladu, že je jeho stav sledován (Nevoral a kol., 2003, s. 75).
- **Ragády a poranění povrchu bradavek** jsou výsledkem špatné techniky kojení. K poškození bradavek stačí jedno špatné přiložení. Selže-li prevence a k poškození bradavek dojde, je nutné dočasně zvolit jinou polohu, aplikovat lokálně MM a umožnit přístup vzduchu. Čistá ragáda se zhojí během několika dní i bez léčby. Dočasně lze použít při zvýšené bolestivosti znečítlivující gel nebo epitelizační mast k podpoře hojení. Infekce úst dítěte Kandidou, může přispívat ke vzniku chorobných nehojících se ragád. Současně s matkou musí být léčeno i dítě (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 90-91).
- **Ploché a vpáčené bradavky** – jen málo bradavek je při vhodné poloze dítěte skutečnou překážkou kojení. Část z nich lze korigovat nošením speciální vložky v podprsence již několik měsíců před porodem. K oploštění bradavky

častěji dochází až po nalití prsou mlékem. Tento stav lze vyřešit vytvarováním bradavky masáží a odstříkáním MM těsně před kojením. V ojedinělých případech lze kojit pomocí kloboučku ze silikonu. Klobouček může být zdrojem infekce. Nelze-li při vpáčených bradavkách kojit z prsou ani s pomůckou, lze zvolit alternativu krmení dítěte vlastním odstříkaným mlékem (Nevoral a kol., 2003, s. 75).

- **Oddělení matky od dítěte** komplikuje tvorbu MM. I pro nemocné dítě je základem výživy MM, zvláště, může-li být vypito přímo z prsu. Není-li to možné, je výhodné, aby matka svému dítěti mléko odstříkávala po 2 - 3 hodinách, z toho alespoň 2x v noci. Odstříkávání lze provádět manuálně nebo pomocí odsávačky. Oběma způsobům je nutné matku naučit. Pro udržení laktace je třeba dítě co nejdříve přiložit k prsu (Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 91).

3.6.2 Umělá výživa

Nemůže-li být dítě kojeno, dostává preparáty umělé výživy. Během let se změnila názory na jejich složení a použití. Tyto změny byly vyjádřeny v doporučeních Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii a výživu (ESPGAN) a jsou zakotveny v doporučeních členských zemí Evropského hospodářského společenství (EHS). Doporučení EHS ke kojenecké mléčné výživě z roku 1991 vstoupilo v platnost v roce 1993 (Hrstková, 2003). Následně jsou zvláštní výživové požadavky kojenců uvedeny v doporučeních Evropské unie (EU) a ve vyhlášce Ministerstva zemědělství č. 23/ 2001 (Nevoral a kol., 2003, s. 105).

Období kojenecké výživy

Výživu kojence lze rozdělit na tři období, která postupně do sebe přecházejí a každé z nich trvá cca 4 – 6 měsíců.

- **Období výhradně mléčné** – dítě je plně kojeno nebo dostává výrobek kojenecké mléčné výživy – *počáteční mléko* (Start-formule). Uvedené mléko je doporučováno pro novorozence a kojence od 0 - 12 měsíců. Množství mléka pro zdravého kojence odpovídá 1/6 jeho hmotnosti, tj. 150 - 180 ml/kg/den, maximálně 1l mléka denně. Dané množství plně kryje potřebu tekutin dítěte. Prospívající dítě může být výhradně kojeno či na umělé formulí do ukončeného 6. měsíce.

- **Přechodné období** – dítě dostává k MM nebo umělé formuli (Follow-on formula) kašovitě příkrmy zvláště upravené pro tento věk.
- **Období smíšené stravy** – do jídelníčku dítěte je postupně zařazována upravená strava dospělých vhodná pro dítě. Po celý první rok může dítě dostávat MM, počáteční mléko a od druhého období také *pokračovací mléko* (od 4. měsíce do 36 měsíců).
- Jednotlivá období jsou určována funkční schopností GITU, ledvin a psychomotorickým vývojem (Nevoral a kol., 2003, s. 105-106).

Typy mléčných formulí

- **Počáteční mléka** – užívány k výživě dětí v období výhradně mléčném. Mohou být používány k výživě kojence mléčnými porcemi až do konce prvního roku života. Obvykle jsou označovány číslem 1. Upřednostňovány jsou preparáty s výhradním obsahem laktózy, bez dalších sacharidů. Bílkovina bývá adaptovaná, tj. poměr syrovátkové bílkoviny a kaseinu je vyšší nebo roven 1 (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 37). Výživa má být přerušena při prvních projevech sytosti, dítě nemusí vypít celou připravenou dávku. Větším jedlíkům jsou určeny přípravky s vyšším sytícím účinkem (plus, forte). Při přípravě mléčné dávky musí být užívána vhodná kojenecká voda. (Frühauf, 2005, s. 48).
- **Pokračovací mléka** – jsou určena k výživě kojence až po zavedení nemléčných porcí stravy při nedostatku MM. Je možné je podávat i batolatům. Jsou označovány číslem 2 (Frühauf, 2005, s. 48). Mají nižší obsah bílkoviny než neupravené kravské mléko. Jsou fortifikována Fe, I a Zn, obvykle i vitamíny (A, D, C, E), některá i prebiotiky a probiotiky (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 38).
- **Mléka pro výživu batolat** – označována číslem 3 nebo Junior. Jde o plnotučné mléko fortifikované stopovými prvky a vitamíny (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 37-38).
- **Modifikace základních formulí**
 - *HA formule a hydrolyzáty* – hypoalergenní preparáty – používány u dětí se zvýšeným rizikem alergie nebo s prokázanou alergií. Děti, které mají

alergického alespoň jednoho rodiče nebo sourozence s projevy jakékoliv alergie.

- *AR formule* - mléka antiregurgitační – určené pro kojence s ublinkáváním nebo s potvrzeným gastroesofageálním refluxem. Jsou zahuštěny škrobem nebo vlákninou karubinem (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 39).
- *Kombinované preparáty* pro kojence, se zažívacími obtížemi – riziko alergie, regurgitace, kojenecké koliky, obstipace po ukončení kojení nebo s intolerancí laktózy (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 40).
- **Sojové formule** – speciální dietetikum. Preparáty využívané jako poslední volba pro výživu kojenců, jejichž matky jim odmítají podávat živočišné produkty (např. veganky). Nedoporučují se u dětí se zvýšeným rizikem alergie nebo s prokázanou alergií pro možnost zkřížené alergie (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 40).

Neupravené kravské mléko by nemělo být užíváno k výživě kojenců. Jako nejnižší možná hranice podání kravského mléka je uváděn věk 10 měsíců, a to mléko plnotučné (Frühauf, 2005, s. 48). Neupravené kravské mléko může být součástí jídelníčku teprve na konci 1. roku života. Proti malému množství neupraveného mléka (200 ml) ve formě pasterizovaného nebo uperizovaného trvanlivého mléka použitého k přípravě obilných kaší nejsou dle současných znalostí žádné námitky (Nevoral a kol., 2003, s. 113).

Mléka jiných savčích druhů (kozí, ovčí, kobyli) jsou pro výživu kojence stejně nevhodná jako kravské a nejsou ani řešením alergie na bílkovinu kravského mléka (možnost zkřížené reakce) (Frühauf, 2005, s. 48).

Voda k přípravě formulí, pochází-li z lokálních zdrojů, by měla být vyšetřena z hlediska její vhodnosti ještě před narozením dítěte. Používá se vždy převařená. Vhodnější jsou speciální vody pro kojence nebo stolní vody vhodné pro kojence (Frühauf, 2005, s. 48).

Příprava a zacházení s přípravky umělých formulí

Práškové kojenecké formule nejsou sterilní a mohou obsahovat malé množství bakterií. Nejvyšší riziko infekcí je u dětí v prvních dvou měsících života.

Zásady přípravy mléka:

- Každá porce má být připravena čerstvá, zbytky nepoužívat pro následující krmení.
- Láhev s mlékem by neměla být přechovávána v ohřívačích nebo termoskách.
- Maximální doba užití porce ponechané při pokojové teplotě je 4 hodiny.
- Pro přípravu kojenecké stravy je třeba použít nezávadnou převařenou vodu zchladlou na 45°C (Frühauf, 2009, s. 89).
- Dodržování hygienických zásad při vaření je nezbytné. Láhve a savičky po použití vyvaříme.
- Je-li v savičce velký otvor, dítě pije hltavě a spolýká množství vzduchu, které mu způsobí bolesti břicha a nadýmání (Gregora a kol., 2006, s. 36).

3.6.3 Nemléčné porce stravy a jejich zavádění

Nemléčná výživa kojence je definována jako jídla nebo tekutiny podané k MM nebo mléčným formulím. Užívá se také výraz komplementární výživa (KV).

Zavádění KV je senzitivní období, ve kterém je těsný vztah mezi kvalitou výživy a růstovou rychlostí. Je spojeno s rizikem pozdějšího rozvoje kardiovaskulárních nemocí a metabolického syndromu. Během zavádění příkrmů do stravy by měla pokračovat výživa kojením, event. mléčnými formulemi (Frühauf, 2006, s. 28).

Dělení KV dle Frühaufa (2004, s. 42):

- *Přechodná strava* – určena speciálně pro kojence. Odpovídá fyziologickým a nutričním potřebám kojence.
- *Rodinná strava* – tj. jídla pro nejstarší kojence a batolata, která mohou konzumovat i další členové rodiny.

Zavedení KV vhodného složení v optimální době podporuje dobrý nutriční stav kojence (Frühauf, 2004, s. 42).

Praktickou hranicí k zavádění KV je váha nad 6000g a nebo nutnost pít více než 900 - 1000 ml mléka/den (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 44).

Předpokladem zavedení KV je psychomotorická a fyziologická zralost kojence, která je u donošeného jedince dosahována nejdříve na konci 4. měsíce života (Frühauf, 2006, s. 28).

Zavedení KV je flexibilní s ohledem na individuální vývoj kojence. Prakticky lze tento proces rozdělit do čtyř kroků, jak je zřejmé ze schématu 5. Jednotlivá stádia na sebe navazují vždy po zvládnutí předchozího kroku. V závislosti na rozvoji dovedností se mění konzistence stravy (Frühauf, 2004, s. 43).

Schéma 5 Vývoj jídelních dovedností a typy jídel

Věk (měsíce)	Dovednosti	Typ jídla	Např.
0 - 6	Sání a polykání	tekutiny	MM, mléčné formule
4 - 7	Časné „žvýkání“, větší síla sání	pyré	Zelenina, ovoce, cereálie a maso
7 - 12	Laterální pohyb jazyka, kousání, žvýkání	Kaše, strava do ruky	Vařené maso, rozmačkaná zelenina, chléb
12 – 24	Rotační žvýkání, stabilita kousání	Rodinná strava	

Zdroj: (Frühauf, 2006, s. 29)

3.6.3.1 Základní principy komplementární výživy

Dle Frühaufa (2006, s. 29–30, 2006, s. 40-42) je vhodné se řídit následujícími pokyny:

Kojení – je-li dítě kojeno, pokračuje tento způsob výživy i v době zavádění nemléčných porcí stravy dále. Kojení udržovat dle potřeb dítěte, ideálně do 2 let věku i déle.

Výživa formulemi – zavedení KV umožňuje přechod na pokračovací formule.

Mléčné výrobky – fermentované mléčné výrobky jsou významným zdrojem Ca, bílkoviny a vitamínu B₂ a mají být součástí KV. Měkké sýry by se měly podávat do 9. měsíce omezeně. Výrobky z tvarohu pro vysoký obsah bílkoviny nejsou do 1 roku vhodné vůbec.

Psychosociální aspekty – plynulé a pomalé krmení s ohledem na projevy hladu a sytosti. Udržovat verbální i oční kontakt s dítětem. Minimalizovat rozptylování při jídle. Odmítá-li určité jídlo, vyzkoušet jiné kombinace, chuť a texturu.

Bezpečná příprava a uchování KV – dodržovat hygienu rukou krmícího i krmeného. Bezpečně uchovávat potraviny a podávání KV ihned po její přípravě. Používání čistého nádobí a pomůcek k přípravě, servírování a krmení. Nepoužívat lahvičky a skleničky, které se těžko myjí a udržují.

Poloha dítěte při krmení – má odpovídat potřebě dítěte, nejlepší je poloha vsedě. Žáda mají být rovná, dolní končetiny ohnuté v kyčlích, chodidla celou plochou

na podložce. Mladší kojenci s nejistým sezením by měli mít podepřená záda nebo sedět na klíně dospělého.

Množství potřebné KV – zpočátku malé množství, které se zvětšuje s věkem dítěte při pokračujícím kojení. Energetická hodnota KV při pokračujícím kojení je uvedena ve schématu 6. Co bude dítě jíst v souvislosti s KV rozhoduje dospělý, kolik bude sněženo, určuje dítě.

Schéma 6 Energetická hodnota komplementární výživy

věk (měsíce)	kJ/den
6 – 8	544
9 – 11	1298
12 – 23	2428

Zdroj: (Frühauf, 2006, s. 29)

Doba krmení – nemá přesáhnout 15 - 30 minut. Není-li dítě nasyceno, je třeba zvážit dokrmení z lahve.

Technika podávání KV – vhodná lžička je kávová nebo čajová, plošší se hodí pro první pokusy o krmení, hlubší je výhodnější pro pokusy dítěte jíst samostatně, držadlo má být kratší a silnější. Lžička z nezávadné umělé hmoty je vhodnější pro děti zvýšeně vnímavější na teplotu stravy. Strava má být nabízena v zorném poli dítěte, lžička naplněna zpoza je vedena odspodu do středu obličeje. Lžičku vkládáme na střed jazyka a lehkým tlakem na přední třetinu jazyka se stimuluje posun sousta horním rtem ze lžičky.

Konzistence stravy – kojeneček může postupně dostávat pyré, rozmačkanou, mletou a semisolidní stravu (viz.schéma 5). V 8. měsíci může dítě dostat stravu do ruky. Ve 12. měsíci může většina dětí konzumovat stravu jako zbytek rodiny, s omezením stravy, která by mohla způsobit aspiraci.

Frekvence jídel – počet porcí se s věkem zvyšuje. Počet krmení závisí na energetické hodnotě stravy a její frekvenci. Průměrně kojeneček by měl dostávat ve věku 6 – 8 měsíců 2 - 3 porce KV, v 9 – 11 měsících 3 – 4 porce KV a stejně tak v 12 – 24 měsících. Svačinky (kousky ovoce, chléb) by měly být nabízeny denně podle chuti.

Volba potravin – maso, drůbež nebo ryby a ovoce a zelenina by měly být nabízeny denně. Strava by měla obsahovat dostatečné množství tuku. Nenabízet

nápoje s nízkou nutriční hodnotou, jakými jsou čaj, káva, sladké nápoje, soda. Je doporučována omezená nabídka džusu, protože jejich konzumace vytlačuje nutričně bohatší jídla. KV nepřisolujte, ani nepřislazujte. Nepoužívejte žádné dochucovací přísady a koření (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 94).

První součástí KV je zeleninový, později masozeleninový přírtek, který je nabízen místo polední porce mléka. Zprvu se podává jednosložkové pyré (mrkev, brambor, fazole, hrášek apod). V průběhu 2 – 3 týdnů se podávají vícesložkové příkrmy s přidáním libového masa (asi 20g), toto množství postupně stoupá na 35g kolem 7. měsíce. Maso se podává do přírtku 6x týdně, 1x týdně se nahradí ½ vařeného žloutku.

Následně je zaváděn ovocný přírtek, zpravidla jako dopolední porce. Ovocné pyré se nesladí. Nový druh ovoce se podává samostatně k posouzení event. nesnášenlivosti. Další možností je smíchat ovocný přírtek s neslazeným jogurtem.

Naposledy je zaváděn cereální přírtek, obvykle večer. Optimální je podávat malá množství lepku v období, kdy je dítě ještě kojeno.

V doporučeních WHO je preferována domácí příprava nemléčných přírteků jako levnější alternativa s použitím čerstvých surovin.

Restriktivní diety (veganská, makrobiotická) mohou vést k proteino-kalorickým deficitům a postižení psychomotorického vývoje. Z toho plyne, že tento způsob výživy nelze u dětí v období KV a rychlého růstu s vysokými energetickými požadavky doporučit. Diety jsou spojeny s rizikem deficitu Fe, Zn, Ca, vitamínů D, B₂ a B₁₂. Dieta nemusí obsahovat dostatečné množství energie, která vlivem velkého objemu vlákniny rychle prochází zažívacím traktem a není plně absorbována.

Schéma 7 Vhodné potraviny pro KV

obiloviny	od 5. měsíce: rýže, kukuřice (upravené jako kaše) od 7. měsíce: ječmen, oves, slad
zelenina	od 7. měsíce: brambory, mrkev, cuketa, špenát, pastinák, fenykl, dýně od 9. měsíce: baklažán, brokolice, růžičková kapusta, květák, kedluben, okurka, patizón
ovoce	od 7. měsíce: banány, vařené ovoce (jablka, hrušky, broskve, meruňky) od 9. měsíce: meloun, vodní meloun, vařené ovoce (víno, třešně, švestky)
maso	od 7. měsíce: kuřecí, krůtí, telecí, hovězí, jehněčí

Zdroj: (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 46)

Domácí strava versus kojenecké konzervy

Na trhu je dostupné velké množství hotových nemléčných příkrmů ve formě přesnídávek, polévek nebo instančních kaší. Jejich kvalita je přísně kontrolována, stejně jako kvalita surovin, ze kterých jsou vyrobeny (Gregora, Paulová, 2005, s. 91). Domácí příprava stravy má nejen výživový, ale i výchovný efekt na dítě, které při vaření získává nové podněty pro svůj rozvoj. Obě možnosti zajištění stravy pro dítě mají své klady a zápory:

Domácí jídla

(+): různorodost chutí, neomezené kombinace možností, přizpůsobení složek příkrmu potřebám dítěte, finanční hledisko (nižší náklady)

(-): složitější příprava, neznámé složení zeleniny a ovoce, doba uchování pouze do druhého dne (mražené – 2 měsíce), nevhodné na cesty

Kojenecké konzervy

(+): přesně určené složení doporučené pro označený věk, trvanlivost a vhodnost na cesty, nemusí se před otevřením uchovávat v chladu, připravováno z biopotravin a hlídaných chovů, pravidelně testováno, rychlá příprava

(-): omezené chuťové spektrum, ve složení mohou být potraviny, které nevyhovují dítěti nebo je na ně alergické, finanční náročnost (Kejvalová, 2005, str. 45)

Přídavky ke kojenecké výživě

1. *Vitamín D* - je důležitý pro správný růst a stavbu kostí. Jeho nedostatek může vést ke křivici. Hlavním zdrojem tvorby vitamínu D u kojence je sluneční záření, které je v našem podnebném pásmu nedostatečné (Gregora, Paulová, 2005, s. 91). Kojeným i uměle živeným dětem je doporučováno přidávat denně 400 m.j. vitamínu D bez ohledu na to, zda je dítě kojeno nebo živeno kojeneckou formulí do jednoho roku věku (Frühauf, Nevoral, Paulová, 2003, s. 46).
2. *Vitamín K* - chrání před krvácivou nemocí novorozence (Gregora, Paulová, 2005, s. 91). Podává se v porodnici 1 mg vitamínu K formou nitrosvalové injekce a jako profylaxe pozdní formy onemocnění potom kojeným dětem stejnou dávkou per os v týdenních intervalech do jednoho roku věku. U kojených

děti se ještě pokračuje v podání stejné dávky 1x měsíčně do stáří šesti měsíců (Hrodek, Vavřínek, 2002, s. 97).

3. *Jód* - stopový prvek, obsažený zejména v mořské vodě, je jedním ze základních kamenů pro správnou funkci štítné žlázy. Naše země patří k oblastem s nízkým výskytem jódu v půdě, potažmo v potravě. Lehký až střední deficit jódu může působit nepříznivě na růst a vývoj dětí. Těhotným a kojícím ženám je jód doporučován v tabletách, nemají-li dostatek jódu v potravě (mořské ryby alespoň 2x týdně). Výrobky kojenecké a batolecí výživy jsou obohaceny jódem. Jeho množství bývá uvedeno na etiketách výrobků (Gregora, Paulová, 2005, s. 91).
4. *Fluor* - dostatečný příjem fluoridů snižuje náchylnost zubní skloviny ke vzniku zubního kazu (Frühaufer, Nevorál, Paulová, 2003, s. 46). Preventivní podání ve správných dávkách nemá žádný škodlivý vliv na zdraví dítěte a snižuje kazivost zubů až o 50%. Doporučuje se podávat od 6. měsíců ve formě tablet (Gregora, Paulová, 2005, s. 91).

3.6.3.2 Pitný režim staršího kojence

Potřeba tekutin u staršího kojence v rozmezí 6 měsíců až 1 roku se pohybuje kolem 900 – 1200 ml/24h.

Podstatnou část celkového objemu tekutin tvoří mléko. MM je hlavní a dlouho i jedinou tekutinou pro kojenecké dítě. V prvních měsících života nejsou ve výživě uměle živeného kojence čaje a ovocné šťávy žádoucí. Dodávka tekutin je plně kryta vypitým mlékem.

Starším kojencům zavádíme s opatrností mezi 8. – 9. měsícem do stravy ovocné šťávy. Pro vyšší obsah cukrů je dobré šťávy ředit kojeneckou vodou nebo slabým čajem. Vhodné jsou i zeleninové šťávy. Kolem 10. měsíce věku by doplněk tekutin měl dosáhnout cca 200 ml/den. Většinu tekutin by měla optimálně tvořit pitná voda vhodná pro kojence (Gregora, Paulová, 2005, s. 88-89).

3.7 Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let

Kojenecké ústavy (KÚ) a dětské domovy (DD) do 3 let patří podle Zákona č. 20/1966 Sb. jako zvláštní dětská zařízení pod resort zdravotnictví. Poskytují komplexní, všestrannou péči dětem, kterým ji nemůže zajistit rodina. Pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních.

KÚ a DD pro děti do 3 let si během svého vývoje zachovaly zdravotnický charakter. Byly kvalitně personálně obsazeny. V čele stál erudovaný pediatr, o děti pečovaly specializované dětské sestry, které často absolvovaly postgraduální vzdělání v oblasti pedagogiky. Díky specializaci zastávaly funkce výchovných sester, sledujících výchovu i práci s dětmi. Změny po roce 1989 znamenaly významný mezník v jejich existenci. Trendem posledních let je reprofylizace na dětská centra, tzn. rozšíření spektra služeb o různé formy denní, týdenní a rodinné péče. Díky tomu je možné přijímat matky s dětmi (s nařízenou ústavní výchovou dětí nebo z profylaktických důvodů u matek, kde hrozí selhávání a zanedbávání základní péče o děti).

Pobyt dítěte v zařízení je chápán jako dočasný, k vyřešení situace, pro kterou bylo do zařízení přijato. Děti mohou být přijímány samy či s doprovodem, z důvodů zdravotních, sociálních a zdravotně-sociálních. Důvody přijetí se mohou překrývat a měnit během pobytu dítěte v zařízení (www.vupsv.cz).

V České republice bylo ke konci roku 2009 34 KÚ a DD pro děti do 3 let s celkovým počtem 1818 míst. Ke konci roku 2009 bylo ve zmíněných zařízeních umístěno 1966 dětí. Ze zdravotních důvodů bylo přijato 33 %, ze zdravotně-sociálních 18 % a ze sociálních důvodů 48 %. Služeb využilo 277 matek, z nichž desetina byla před porodem. Pro matky a jiné průvodce je v KÚ evidováno 71 míst (www.uzis.cz).

3.7.1 Důvody přijetí do zařízení

1. Zdravotní důvody jsou vymezeny:
 - nutností trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče,

- potřebou dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče,
 - diagnostikou a léčbou dětí s rizikovou anamnézou (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte, abusus návykových látek u matky, syndrom opuštěného dítěte),
 - diagnostikou pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte (před umístěním do náhradní rodinné péče),
 - nemocí či hospitalizací rodičů, infekčním onemocněním v rodině,
 - respitní a úlevovou péčí.
2. Zdravotně-sociální důvod přijetí je chápán jako:
- situace, kdy dítě pro své postižení nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje speciální ošetrovatelskou péči,
 - zácvik rodičů před propuštěním dítěte.
3. Za sociální důvod se považuje:
- okamžitá pomoc dítěti a rodině v tíživé sociální situaci,
 - přijetí zdravého dítěte pro jiný důvod než diagnostickou, terapeutickou a ošetrovatelskou péči (www.vupsv.cz).

3.7.2 Pobyt rodiče nebo zákonného zástupce dětí v kojeneckém ústavu

1. Matku s dítětem lze přijmout na žádost orgánu sociálně právní ochrany dětí, na základě předběžného opatření soudu nebo na vlastní žádost se souhlasem vedení zařízení z důvodů:
- diagnostických (závislost na návykových látkách, podezření na syndrom týraného dítěte, psychiatrické diagnózy),
 - výchovných (matka neumí či nezvládá péči o dítě),
 - zácviku (v základní péči o dítě, v péči o handicapované dítě, rehabilitaci, před propuštěním dítěte do náhradní rodinné péče),
 - utajeného porodu,
 - okamžité pomoci - jako azylové zařízení (www.vupsv.cz).
2. Matka pečuje o své dítě systémem roaming-in, zpravidla pod dohledem odborného ošetrovatelského personálu.
3. Je-li matka těhotná, přijímá se dle okolností v dostatečně dlouhé době před porodem (www.vupsv.cz).

3.7.3 Kojenecký ústav a dětský domov Svitavy



Obrázek 4 Kojenecký ústav a dětský domov Svitavy
(<http://www.svitavy.cz/zdr/kojenak.htm>)

KÚ a DD Svitavy patří do soustavy zdravotnických zařízení. Je příspěvkovou organizací Pardubického kraje (interní dokumenty KÚ a DD Svitavy).

Areál KÚ a DD leží v klidné části Svitav, je obklopen rozsáhlou udržovanou zahradou, kterou děti využívají ke hrám.

Od roku 1995 je ředitelkou MUDr. Zora Hammerová.

Zařízení disponuje dvěma budovami, které jsou vzájemně propojené. Starší vila tvoří zázemí pro KÚ a DD. Kapacita je vymezena 38 lůžky pro děti od 0 do 3 let, pro zdravotně handicapované děti do 7 let a 3 lůžky pro matky s dítětem v budově KÚ. Resocializační centrum disponuje s dvěma zácvkovými byty.

Poskytuje komplexní léčebně-preventivní, ošetrovatelskou, výchovnou a rehabilitační péči dětem ohroženým prostředím, zanedbávaným, popřípadě týraným, které jsou umístovány na základě rozhodnutí příslušných soudů. Umožňuje komplexní péči dětem zdravotně postiženým, které jsou do ústavu umístěné většinou na žádost rodičů či pěstounů. Nabízí krátkodobé pobyty v případě svízelné situace v rodině, jak z důvodů zdravotních tak sociálních. Ke krátkodobému pobytu je možné přijmout i matku s dítětem – zácvek rehabilitace, edukace matky, těžká sociální situace (www.svitavy.cz/zdr/kojenak.htm).

Kojenecký ústav a dětský domov Svitavy patří také do sítě *zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc*. Po dobu 24 hodin denně 7 dní v týdnu je zařízení schopno přijmout dítě, o které se rodiče z jakýchkoliv důvodů nemohou sami postarat. Je možné umístění dětí od 0 do 18 let. Pro tento účel je vyhrazeno 5 lůžek. Další poskytovanou službou je sociálně-právní poradenství (problematika adopce, pěstounské péče, svěření dítěte do výchovy, postižené dítě apod.). Je možné zde realizovat *utajený* či tzv. *diskrétní porod*. Službu je schopno vedení KÚ a DD Svitavy zprostředkovat i v zařízeních stejného typu v rámci celé republiky. Matku lze v zařízení přijmout několik týdnů před určeným termínem porodu (www.svitavy.cz/zdr/kojenak.htm).

20. října 2010 proběhlo slavnostní otevření nové budovy *resocializačního centra pro matky s dětmi*. Objekt stojí v blízkosti hlavní budovy a slouží matkám, které jsou úřady považovány za problematické (www.nasetelevize.cz). Cílem poskytování služby je snižování počtu dětí vyrůstajících mimo svou biologickou rodinu. Matky se zde učí zvládat běžnou péči o dítě, včetně přípravy stravy. Mají k dispozici výchovnou a psychologickou pomoc. Vedení sociálním pracovníkem se učí orientovat v sociální sféře a komunikaci s úřady, kontaktními místy a orientaci na trhu práce. Jsou motivovány k odbourání rizikových návyků a vedeny ke zdravému životnímu stylu. V objektu jsou kanceláře psychologa, výchovného pracovníka a dva zácvikové byty, každý pro jednu matku. Centrum poskytuje na určitý čas chráněné bydlení a pomoc v socializačním procesu. Smyslem je zabránit předčasné ústavní výchově v raném věku a snaha dát matkám šanci na vytvoření citové vazby k dítěti (interní dokumenty KÚ a DD).



Obrázek 5 Resocializační centrum pro matky s dětmi (<http://www.nasetelevize.cz>)

Filozofie zařízení je zaměřena na sanaci biologické rodiny, po vyčerpání všech možností návratu dítěte domů, hledání vhodné rodiny náhradní. Úsilí multidisciplinárního týmu směřuje ke snížení počtu dětí s nařízenou ústavní výchovou v ČR. Dlouhodobá snaha a jednotná koncepce vývoje umožňuje transformaci zařízení na Dětské centrum Svitavy, které poskytuje komplexní péči ohroženým dětem a jejich rodinám lůžkovou i ambulantní formou ve spádové oblasti Svitavska a Orlickoústecka (interní dokumenty KÚ a DD).

3.8 Azylové zařízení pro matky s dětmi

Umožňují přechodné ubytování, poradenské, sociální a případně výchovné služby osamělým matkám s převážně malými dětmi nebo těhotným ženám, které se ocitly v mimořádně náročné nebo krizové životní situaci, kterou nemohou nebo neumějí sami řešit (Kuchyňková, 2000, s. 45). Obětem domácího násilí poskytují zázemí, bezpečí a klid pro řešení obtížné životní situace. Azylové domy jsou registrovány na základě zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. pod § 57. Dle znění uvedeného zákona poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Základní cíle poskytované služby:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 57 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách).

K ubytování slouží pokoje nebo bytové jednotky. Kapacita bývá různá dle možností objektu. Pro zajištění chodu zařízení je nutná nepřetržitá služba. V domovech zpravidla pracují sociální pracovníce, psycholog, asistentky (pracují po stránce sociální a výchovné s matkami), vrátní, správce, údržbář, účetní, vedoucí nebo ředitel zařízení. K dobrému fungování domova je nutný domácí řád. Při jeho nedodržování ze strany uživatelů služby má vedoucí zařízení právo rozhodnout o předčasném ukončení pobytu (Kuchyňková, 2000, s. 46-47).

Cílem poskytování tohoto typu služby je eliminace negativních vlivů, které působí na matku s dítětem. Nabízejí matkám možnost, aby se po dobu, než si vyřeší svou nepříznivou životní situaci, mohly postarat o sebe a své děti,

aniž by muselo dojít k odloučení dítěte od matky. Služby mohou být státní či nestátní, podle toho kdo je zřizovatelem zařízení (Kuchyňková, 2000, s. 47).

V rámci Pardubického kraje jsou služby azylových domů pro matky s dětmi poskytovány v Pardubicích, Svitavách, Koclířově, Žamberku a od ledna 2011 nově ve Vysokém Mýtě.

1. SKP-CENTRUM, o.p.s.

Posláním obecně prospěšné společnosti se sídlem v Pardubicích je „pomáhat vstát“ osobám v tísní a osobám ohroženým sociálním vyloučením: seniorům, zdravotně postiženým, lidem v krizi a bez přístřeší, obětem domácího násilí, dětem a mladým dospělým bez fungujícího rodinného zázemí, příslušníkům minorit. Provozují efektivní, vzájemně provázaný systém sociálních služeb. Na trhu sociálních služeb působí od roku 1992.

V současnosti poskytuje 18 sociálních služeb registrovaných dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V roce 2007 se SKP-CENTRUM, o.p.s. stalo nadregionálním poskytovatelem sociálních služeb. Začalo se podílet na rozvojových projektech nejen pro území Pardubického kraje .

Jednou z poskytovaných služeb je provoz azylových domů v Pardubicích a od ledna 2011 ve Vysokém Mýtě.

a) Městský azylový dům pro ženy a matky s dětmi v Pardubicích

Pomáhá bezdětným ženám i ženám s dětmi překlenout složité životní období, kdy ztratily domov, jsou bez finančních prostředků, bez pomoci partnera, rodiny a přátel. Najdou zde útočiště, vlídné přijetí a chápavý personál. Pracovníci azylového domu usilují o snížení rizika sociálního vyloučení a o aktivní přístup žen k řešení tíživé situace. Díky profesionální podpoře dostanou ženy novou šanci k návratu do obyčejného života.

Služba je určena pro plnoleté bezdětné ženy nebo ženy s dětmi: v rodinné krizi, oběti domácího násilí, bez přístřeší, po návratu z výkonu trestu.

Služba nemůže být poskytnuta ženám, které: potřebují bezbariérový přístup, potřebují zdravotní péči, mají akutní infekční onemocnění, nejsou schopny kolektivního soužití.

Služba není určena dětem – chlapcům, kteří již splnili povinnou školní docházku.

Kapacita azylového domu činí: 58 lůžek ve 24 pokojích. Pokoje tvoří 7 bytových jednotek, které jsou 2 – 4 pokojové. Každá jednotka má společnou kuchyni, koupelnu a WC. Pokoje jsou určeny pro 2 ženy bezdětné nebo matce až se 3 dětmi. Uživatelům služby je k dispozici vybavený pokoj – postele, stůl, židle, skříňe a další potřebné vybavení (lůžkoviny, nádobí apod.).

V roce 2010 využilo službu 65 žen a 68 dětí.

b) Azylový dům pro ženy a matky s dětmi – Vysoké Mýto

Od 1. ledna 2011 SKP-CENTRUM, o.p.s. ve spolupráci s Pardubickým krajem a městem Vysoké Mýto zahájilo provoz Azylového domu pro ženy a matky s dětmi ve Vysokém. Mýtě.

Otevřený azylový dům má kapacitu 5 bytových jednotek z toho 4 jsou dvou pokojové, což představuje 24 lůžek. Z tohoto počtu připadá 9 lůžek pro dospělé uživatelky a 15 lůžek pro děti. Cíl, poslání, charakteristika a spektrum služeb vychází ze stejných principů jako výše uvedený azylový dům v Pardubicích.

Pobytová služba je poskytována ženám a matkám s dětmi po časově ohraničené období zpravidla jednoho roku (www.skp-centrum.cz, Výroční zpráva 2009, SKP-Centrum, o.p.s.).

2. Občanské sdružení „Náš domov“ Koclířov

Vzniklo v roce 1998 se sídlem v Koclířově. Hlavní náplní činnosti je organizace osvětové, kulturně společenské a jiné zájmové činnosti včetně zajišťování péče o osoby nemocné, osamělé a zdravotně i sociálně potřebné. Občanské sdružení poskytuje a zajišťuje provoz následujících služeb: Azylový dům pro matky s dětmi v nouzi, Most naděje – azylový dům pro rodiče s dětmi a pečovatelskou službu.

Azylový dům pro matky s dětmi v nouzi Koclířov

Poskytuje služby zaměřené na problematiku bezdomovectví těhotných žen a matek s dětmi, které se ocitly v krizi. Snaha zaměstnanců vede k mobilizaci a aktivizaci potencionálu klientek tak, aby se mohly vrátit do běžného života, pokusily se o obnovení přirozených vztahových vazeb a naučily se spolupracovat s místními institucemi. Důraz je kladen na vzdělávání matek v oblasti péče o dítě, péči o domácnost (vaření, praní, hospodaření s finančními prostředky), výchovu a vzdělávání dětí předškolního a školního věku. Podporují matky v rozvoji schopností a dovedností, samostudiu, aby byly schopny žít plnohodnotný život.

Nabízí pobytové sociální služby matkám s nezaopatřenými dětmi do 18 - ti let a těhotným ženám. Uživatelkám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, nabízí okamžitou sociální a psychologickou pomoc na dobu nezbytně nutnou (až jeden rok).

Zařízení disponuje kapacitou 24 lůžek v 7 bytových jednotkách. Každý byt má vlastní kuchyňskou linku a sociální zařízení. V objektu je uživatelkám a jejich dětem k dispozici vybavená kuchyň, společenská místnost s televizí a počítačem, herna a prádelna. Součástí areálu je dětské hřiště „Sluníčko“.

V roce 2010 využilo služeb daného zařízení 17 uživatelék a 40 dětí. Nejčastějším důvodem využití zařízení byla ve většině případů ztráta vlastního bydlení a nevhodné podmínky pro výchovu dítěte (www.nasdomov.wz.cz., Výroční zpráva 2009, „Náš domov“ Koclířov, o.s., interní dokumenty Azylového domu pro matky s dětmi v nouzi).

3. Občanské sdružení CEMA Žamberk

Sdružení usiluje o posílení hodnot a role rodiny, úlohy rodičů, rodičovské výchovy, smysluplného využívání volného času, zvýšení soběstačnosti sociálně znevýhodněných skupin obyvatel a jejich začlenění do přirozeného místního společenství.

Vzniklo v roce 1996, kdy šest nadšených maminek založilo *Občanské sdružení CEMA Žamberk (centrum matek)*, na podzim téhož roku otevřeli *Mateřské centrum Pohoda*. S podporou Evropského sociálního fondu a města Žamberka se podařilo v květnu 2006 zprovoznit Domov pro ženy a matky s dětmi v tísní.

Vybrané cíle občanského sdružení CEMA:

- provozování rodinného centra,
- provozování zařízení pro děti a mládež,
- provozování klubového zařízení,
- provozování azylového domu pro ženy a matky s dětmi v tísní,
- poskytování krizové pomoci ženám a matkám s dětmi v akutních těžkých životních situacích,
- poskytování potravinové pomoci,

- organizování zájmových kroužků, seminářů, besed a přednášek, karnevalů, divadelních představení, burz dětského oblečení, hraček a sportovních potřeb, výstav, akcí pro veřejnost, příměstských táborů, táborů a krátkodobých pobytů, výletů, soutěží, sbírek, jarmarků, charitního šatníku, půjčování knih a pomůcek, příležitostného hlídání dětí,
- spolupráce s odborníky, státními orgány, místní samosprávou, ostatními organizacemi.

Domov pro ženy a matky s dětmi v tísní v Žamberku – azylový dům, krizová pomoc

Zajišťuje pomoc ženám v regionu Ústeckoorlicka a Rychnovska, které potřebují pomoci při neshodě v rodině, v případě ohrožení, v zajištění základních životních potřeb. Napomáhá poskytnutím přístřeší a základním poradenstvím ženám, které momentálně nemohou svou situaci řešit vlastními silami ani za pomoci svého okolí. Usilují o pomoc ženám tak, aby mohly žít běžným způsobem života. Cíle a cílová skupina azylového domu jsou obdobné jako výše zmíněné zařízení. Služba je dostupná 24 hodin denně.

Domov disponuje 9 pokoji pro matky s dětmi. Jeden dvoulůžkový pokoj je určen pro ženy bez dětí a jeden krizový pokoj pro jednu matku s dětmi. Součástí pokoje je vlastní kuchyňka a sociální zařízení. Délka pobytu v zařízení je uzavírána zpravidla na 4 měsíce s možností individuálního prodloužení pobytu, nejdéle však na 1 rok. Krizová pomoc je poskytována zpravidla na 7 dní.

Principy poskytování služeb:

- respektování právních norem a vedení uživatelů k jejich dodržování,
- podpora vzájemné tolerance mezi uživateli,
- individuální přístup - ohled na zvyky, potřeby a problémy každého uživatele,
- diskrétnost - osobní údaje o uživateli sdělujeme pouze na základě právních norem nebo se souhlasem uživatele,
- pomoc, podpora, motivace, zvýšení soběstačnosti uživatelům k navrácení do běžného způsobu života.

V roce 2010 využilo služeb zařízení 31 žen a 54 dětí. Důvodem využití služby byla ve 21 případech ztráta bydlení a u 10 uživatelů domácí násilí (www.pohoda.org, Interní dokumenty Azylového domu Žamberk).

4. Český červený kříž – oblastní spolek Svitavy

Národní společnost Českého červeného kříže je nestátní nezisková organizace, jedna z největších humanitárních organizací působících na území ČR. Mezi základní principy hnutí Červeného kříže patří – humanita, neutralita, nestrannost, nezávislost, dobrovolnost, jednota a světovost.

Azylový dům pro matky s dětmi Svitavy

Oblastní spolek Českého červeného kříže Svitavy provozuje ve Svitavách Azylový dům pro matky s dětmi, který poskytuje celoročně, 24 hodin denně na nezbytně dlouhou dobu ubytování, podmínky pro samostatnou přípravu stravy, a v pracovní dny od 7 do 15 hodin pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí matkám s dětmi, které se ocitly v těžké životní situaci a neumí ji samy řešit. Cílem resocializace je plnohodnotné zapojení do běžného života, samostatná péče o sebe a své děti a zodpovědnost za své jednání. Je přednostně určen pro uživatelky z regionu Svitavska.

Služba je určena:

- matkám od 18 let, které se starají o děti vlastní nebo v pěstounské péči ve věku od 0 – 15 let, výjimku tvoří děti starší 15 let, které se připravují ve škole na budoucí povolání,
- těhotným ženám (předloží-li potvrzený doklad o těhotenství),
- matkám, které čekají na soudní rozhodnutí o přidělení dětí do vlastní nebo pěstounské péče (předloží doklad o probíhajícím soudním jednání).

Sociální službu nemohou využívat:

- otcové s dětmi,
- ženy bez dětí,
- mentálně postižené matky a matky s těžkým zdravotním postižením neslučitelným s běžným provozem azylového domu, které nejsou schopné se o sebe a své děti samostatně starat.

Kapacita azylového domu je 13 míst, ve 4 pokojích. Společně využívané prostory jsou kuchyňka, denní místnost a dvorek.

V roce 2010 využilo služeb 10 matek a 22 dětí. Nejčastějším důvodem pobytu byla ztráta bydlení pro neplacení nájmu nebo nevhodné bydlení pro děti

(www.svitavy.cz/cckriz, Výroční zpráva 2009, ČČK OS Svitavy, interní zdroje zařízení).

3.9 Přehled využívaných sociálních dávek

Zajímavě zpracovaný pohled na finanční náročnost výchovy dětí přináší článek „*Kolik stojí naše děti*“ Josefa Pravce a Martina Krejčího (www.ekonom.ihned.cz).

Výchova a výživa dítěte v Česku přijde přinejmenším na 100 tisíc korun. Dle průzkumu Českého statistického úřadu z roku 2003 vyplývá, že u menších dětí jsou náklady na výchovu a výživu pouze v průměru o 5 – 10 % nižší než u dospělých. U dospívajících jsou naopak náklady vyšší až o 128 tisíc Kč ročně.

Dle Krofoně (2010, s. 39-41) došlo v období let 2006 - 2009 k reálnému poklesu hrubých i čistých peněžních příjmů domácností s minimálními příjmy, především díky poklesu sociálních příjmů. Negativní vliv na vývoj měla i vysoká míra inflace v roce 2008. V oblasti peněžních vydání došlo k reálnému nárůstu celkových vydání. Největší podíl na výdajích činilo zvýšení finančních prostředků vynaložených na bydlení, zdraví a potraviny a nealkoholické nápoje. Ve vývoji naturální spotřeby na osobu v domácnosti byl zaznamenán pokles spotřeby pečiva, většiny nápojů včetně mléka. Proti tomu narostla konzumace masa, ryb, brambor, luštěnin, jedlých olejů, zeleniny a rýže. V celkovém posouzení se prohlubuje zaostávání domácností s nízkými příjmy v oblasti vydání domácnosti celkem. Projevuje se vyšší nárůst zatížení domácností s nízkými příjmy náklady na bydlení (nárůst nájmu), cen za vodu a teplo.

3.9.1 Životní a existenční minimum

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz):

Životní minimum - minimální společensky uznaná hranice peněžních příjmů k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb.

Existenční minimum - minimální hranicí peněžních příjmů, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití. Existenční minimum nelze použít u nezaopatřeného dítěte, u poživatele starobního důchodu, u osoby invalidní ve třetím stupni a u osoby starší 68 let.

- Životní minimum ani existenční minimum nezahrnují nezbytné náklady na bydlení.
- Ochrana v oblasti bydlení je řešena v rámci systému státní sociální podpory poskytováním příspěvku na bydlení a v systému pomoci v hmotné nouzi doplatkem na bydlení.
- Životní minimum je součtem všech částek životního minima jednotlivých členů domácnosti.

Společně posuzované osoby při stanovení částky životního minima v domácnosti:

- rodiče a nezletilé nezaopatřené děti,
- manželé nebo partneři podle zvláštního právního předpisu (registrovaní partneři),
- rodiče a děti nezletilé zaopatřené nebo zletilé, pokud s rodiči užívají byt a nejsou posuzovány s jinými osobami,
- osoby společně užívající byt, pokud písemně neprohlásí, že spolu trvale nežijí a společně neuhrazují náklady na své potřeby,
- společně posuzovanými osobami jsou i osoby, které se přechodně, z důvodů soustavné přípravy na budoucí povolání, zdravotních nebo pracovních, zdržují mimo byt.

S životním minimem se *porovnávají příjmy*: z pracovní činnosti, podnikání, kapitálového majetku, pronájmu, dále důchody, dávky nemocenského pojištění, dávky státní sociální podpory a ostatní sociální dávky, podpory v nezaměstnanosti a při rekvalifikaci, výživné a jiné.

Schéma 8 Částky životního a existenčního minima (na měsíc)

Existenční minimum	2 020 Kč
Životní minimum	Částka v Kč
jednotlivec	3 126
první osoba v domácnosti	2 880
druhá a další osoba v domácnosti (ne pro nezaopatřené dítě)	2 600
Nezaopatřené dítě ve věku:	
do 6 let	1 600
od 6 do 15	1 960
od 15 do 26 let (nezaopatřené)	2 250

Zdroj: (www.mpsv.cz)

3.9.2 Peněžitá pomoc v mateřství

Základní *podmínky nároku* na dávku jsou:

V den, od něhož je dávka přiznávána, musí trvat účast na nemocenském pojištění nebo ochranná lhůta a v posledních dvou letech před tímto dnem musí trvat účast na nemocenském pojištění po dobu aspoň 270 dnů.

Nástup na peněžitou pomoc v mateřství (PPM) nastává dnem, který pojištěnka určí v období od počátku 8. do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu. Podpůrčí doba činí 28 týdnů (u pojištěnky, která porodila zároveň dvě nebo více dětí činí podpůrčí doba 37 týdnů).

PPM je možno pobírat nejdéle do 1 roku věku dítěte, jde-li o dávku náležející z titulu porodu dítěte. Muži z jeho nemocenského pojištění, pokud splňuje podmínky nároku na její výplatu, a naopak.

Vyplácí se od vzniku sociální události (www.mpsv.cz).

3.9.3 Státní sociální podpora

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí (www.mpsv.cz):

Do systému státní sociální podpory se zahrnují dávky:

- přídavek na dítě,
- rodičovský příspěvek,
- sociální příplatek,
- příspěvek na bydlení,
- dávky pěstounské péče,
- porodné,
- pohřebné.

Přídavek na dítě

Je základní dlouhodobou dávkou poskytovanou rodinám s dětmi. Nárok mají rodiny s příjmem *do 2,4 násobku životního minima*. Přídavek na dítě je poskytován ve třech výších podle věku dítěte.

Schéma 9 Přídavek na dítě

Věk nezaopatřeného dítěte	Přídavek na dítě v Kč/měsíc
do 6 let	500
6 – 15 let	610
15 – 26 let	700

Zdroj: (www.mpsv.cz)

Rodičovský příspěvek

Nárok má rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině. Rodičovský příspěvek je stanoven ve čtyřech výměrách daných v pevných měsíčních částkách - *zvýšené* (11 400 Kč), *základní* (7 600 Kč) a *snížené* (3 800 Kč).

Rodič si může zvolit čerpání rodičovského příspěvku po dobu *dvou, tří nebo čtyř let*. Volbou doby čerpání si rodič zároveň volí i k ní příslušnou výši příspěvku, a to:

- **rychlejší čerpání** rodičovského příspěvku – po peněžité pomoci v mateřství (dále jen PPM) ve zvýšené výměře (11 400 Kč) do 24 měsíců věku dítěte; může požádat pouze rodič, který má nárok na PPM ve výši alespoň 380 Kč za kalendářní den;
- **klasické čerpání** - po PPM v základní výměře (7 600 Kč) do 36 měsíců věku dítěte; může požádat pouze rodič, který má nárok na PPM;
- **pomalejší čerpání** - po PPM nebo od narození dítěte (nevznikl-li nárok na PPM) v základní výměře (7 600 Kč) **do 9 měsíců věku dítěte** a dále ve snížené výměře (3 800 Kč) do 48 měsíců věku dítěte.

Podmínkou nároku je, že dítě mladší 3 let nenavštěvuje jesle nebo jiné zařízení pro děti předškolního věku déle než 5 kalendářních dnů v kalendářním měsíci. Dítě, které dovršilo 3 roky věku, může pravidelně navštěvovat mateřskou školu nebo jiné obdobné zařízení v rozsahu nepřevyšujícím 4 hodiny denně nebo nejvýše 5 kalendářních dnů v kalendářním měsíci.

Příjmy rodiče nejsou sledovány. Rodič může při nároku na výplatu rodičovského příspěvku zlepšovat sociální situaci rodiny výdělečnou činností, ale musí v této době zajistit péči o dítě jinou zletilou osobou.

Schéma 10 Délka čerpání, výše výměry a moment volby variant rodičovského příspěvku

Délka čerpání (do věku dítěte)	Výměra	Částka v Kč (měsíčně)	0 až 22 týdnů (nárok na PPM)	Rozhodovací moment pro volbu varianty
do 2 let	zvýšená	11 400	PPM ve výši nejméně 380 Kč/den	do konce II. kalendářního měsíce po kalendářním měsíci, v němž dítě dosáhlo 22 týdnů
do 3 let	základní	7 600	PPM	do konce kalendářního měsíce, v němž dítě dosáhlo 9 měsíců
do 4 let	základní od narození nebo po PPM do 9. měsíce věku dítěte	7 600	nárok na PPM může, ale nemusí vzniknout	volba varianty se neprovádí
	snížená od 10. měsíce věku dítěte	3 800		

Zdroj: (www.mpsv.cz)

Sociální příplatek

Od 1. 1. 2011 do konce roku 2012 náleží pouze rodinám se zdravotně postiženým členem, tzn. v případech:

- **kdy rodič pečuje o:** dlouhodobě nemocné dítě, dlouhodobě zdravotně postižené dítě, těžce zdravotně postižené dítě,
- **kdy alespoň jeden z rodičů je:** dlouhodobě těžce zdravotně postižený, je nezaopatřeným dítětem, který je dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné.

Příspěvek na bydlení

Stát přispívá na náklady na bydlení rodinám a jednotlivcům s nízkými příjmy. Nárok na příspěvek na bydlení má vlastník nebo nájemce bytu přihlášený v bytě k trvalému pobytu, jestliže 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny nestačí k pokrytí nákladů na bydlení a zároveň těchto 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny je nižší než příslušné normativní náklady stanovené zákonem.

Porodné

Jednorázový příspěvek rodině s nízkými příjmy na náklady související s narozením prvního dítěte. Nárok je vázán na stanovenou hranici příjmů v rodině, která v kalendářním čtvrtletí předcházejícím narození dítěte musí být nižší než 2,4násobek životního minima rodiny, tj. max. výše příjmu nesmí být vyšší než 16 992 Kč (2 dospělí + 1 živě narozené dítě). Výše porodného činí 13 000 Kč na první živě narozené dítě. Narodí-li se s prvním živě narozeným dítětem další živě narozené dítě nebo děti, výše porodného činí 19 500 Kč.

3.9.4 Pomoc v hmotné nouzi

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí (www.mpsv.cz):

Forma pomoci osobám s nedostatečnými příjmy. Jedná se o osoby či rodiny nemající dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost. Současně si příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (vlastní prací, uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak situaci vlastním přičiněním.

Mezi dávky, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi, náleží:

- příspěvek na živobytí
- doplatek na bydlení
- mimořádná okamžitá pomoc

O dávkách rozhodují a vyplácejí je pověřené obecní úřady.

Příspěvek na živobytí

Nárok vzniká osobě či rodině, pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem této osoby či rodiny částky živobytí.

Částka živobytí je stanovena pro každou osobu individuálně, a to na základě hodnocení její snahy a možností. Pro stanovení živobytí rodiny se jednotlivé částky živobytí osob sčítají. Částka živobytí se odvíjí od částek životního a existenčního minima. Jsou zde stanoveny speciální postupy u osob dlužících na výživném, pobírajících podporu v nezaměstnanosti a jiné.

Výše dávky se stanovuje jako rozdíl mezi živobytím osoby či rodiny a jejich příjmem, od kterého se odečtou přiměřené náklady na bydlení.

Doplatek na bydlení

Řeší nedostatek příjmu k uhrazení nákladů na bydlení tam, kde nestačí vlastní příjmy osoby či rodiny včetně příspěvku na bydlení ze systému státní sociální podpory. Poskytuje se nájemci nebo vlastníkovi bytu, který má nárok na příspěvek na živobytí a na příspěvek na bydlení.

Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka živobytí.

Mimořádná okamžitá pomoc

Příspěvek náleží osobám, které se ocitnou v situacích, které je nutno bezodkladně řešit. Dávka se poskytuje v pěti případech:

- Nejsou plněny podmínky hmotné nouze, ale neposkytnutím pomoci osobě hrozí vážná újma na zdraví. Dávku lze poskytnout v částce, která doplní příjem osoby do výše existenčního minima (v případě nezaopatřeného dítěte do životního minima).
- Postižení vážnou mimořádnou událostí (živelní pohroma, větrná pohroma, ekologická havárie, požár apod.). Dávku lze poskytnout až do výše 15násobku částky životního minima jednotlivce, tj. až do výše 46 890 Kč.
- Nedostatek prostředků k úhradě jednorázového výdaje spojeného např. se zaplacením poplatku za vystavení duplikátů osobních dokladů nebo v případě ztráty peněžních prostředků. Dávku lze poskytnout do výše tohoto jednorázového výdaje.
- Nedostatek prostředků k nákupu nebo opravě předmětů dlouhodobé potřeby nebo k uhrazení odůvodněných nákladů vznikajících v souvislosti se vzděláním nebo se zájmovou činností nezaopatřených dětí. Dávku lze poskytnout do výše těchto výdajů, maximálně však v průběhu kalendářního roku do výše 10násobku částky životního minima jednotlivce, tj. až do částky 31 260 Kč.
- Ohrožení sociálním vyloučením. Jde o situace osob vracejících se z vězení, z dětského domova a z pěstounské péče po dosažení zletilosti nebo po ukončení léčby chorobných závislostí. Dávku lze poskytnout až do výše 1000 Kč. V průběhu roku může být poskytnuta opakovaně, součet nesmí

překročit 4násobek částky životního minima jednotlivce, tj. maximálně částku 12 504 Kč.

4 METODIKA PRÁCE

Empirická část práce obsahuje charakteristiku souboru, výzkumné metody, organizaci průzkumného šetření a vlastní statistické zpracování souboru realizované mezi matkami dětí do 6 let věku využívajících služeb azylových domů. K dokreslení životních podmínek a jejich dopadů u rodin v socioekonomické nouzi bylo využito zpracování dvou kazuistik matek využívajících pobytovou službu Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Svitavách.

4.1 Charakteristika souboru

Průzkumného šetření probíhajícího v měsících prosinec 2010 a leden 2011 se zúčastnilo celkem 33 matek využívajících služby Azylových domů pro matky s dětmi v rámci Pardubického kraje, konkrétně v Pardubicích, Svitavách, Žamberku a Koclířově.

Ženy pochází v 10 případech z vesnice (30 % žen) a 23 z nich (70 %) z města.

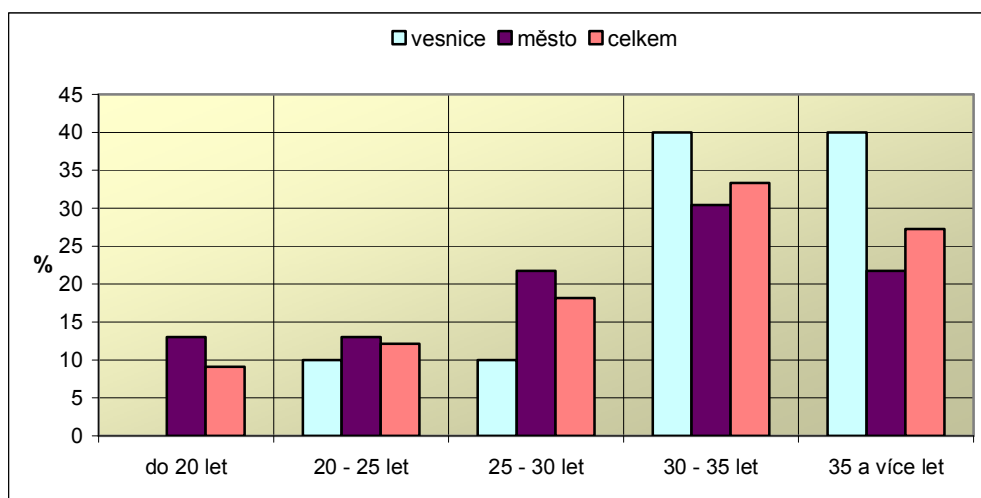
Soubor 33 matek (100 %) se nejčteněji pohyboval ve věkové hranici 30 – 35 let (33 %). Nejméně byla zastoupena věková kategorie do 20 let (9 %), ať už se jednalo o ženy pocházející z města či vesnice.

Respondentky z města a vesnice mají ze 49 % shodně zakončeno vzdělání základní a SOŠ bez maturity. Pouze jedna matka z města má vzdělání SOŠ s maturitou, VOŠ. Vysokoškolské vzdělání se neobjevilo u žádné s respondentek.

Tabulka 1 Věk respondentek

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
do 20 let	0	0,00	3	13,04	3	9,09
20 - 25 let	1	10,00	3	13,04	4	12,12
25 - 30 let	1	10,00	5	21,74	6	18,18
30 - 35 let	4	40,00	7	30,43	11	33,33
35 a více let	4	40,00	5	21,74	9	27,27
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 1 Věk respondentek



S laskavým svolením ředitelky Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Svitavách MUDr. Zory Hammerové nám bylo umožněno následně provést strukturované rozhovory se dvěma matkami využívajícími služeb tamního Resocializačního centra, které byly podstatným informačním zdrojem při zpracování kazuistik. Rozhovory proběhly taktéž v měsících prosinec 2010 a leden roku 2011.

4.2 Výzkumné metody

V rámci výzkumného šetření byly využity dvě terénně dostupné metody zvolené vzhledem k cílům diplomové práce. Jednalo se o dotazníkovou metodu a metodu strukturovaného rozhovoru.

4.2.1 Dotazník

K získání potřebných informací v terénním výzkumu byla zvolena technika anonymního dotazníku, který nejlépe splňoval požadavky jednoduchosti, rychlosti a minimalizace zátěže na získání ucelených dat od respondentek.

Ve výzkumné metodě je soustava samostatně připravených, pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně a tématicky seřazeny do dvou oddílů dotazníku. Kompletní dotazník (příloha 1) čítá celkem 29 položek, v nichž jsou zahrnuty i identifikační údaje respondentů. Na jednotlivé položky odpovídá respondent písemně.

Za náměty a cenné připomínky při tvorbě dotazníku bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Michaele Hřivnové Ph.D., jež dotazník schválila a doporučila k výzkumnému šetření.

Položky dotazníku jsou jednak:

- **Uzavřené** (strukturované), kdy se respondentovi předkládá již sestavený soubor odpovědí, z nichž jednu nebo více vybere.
- **Polouzavřené** položky, z nichž si jednu vybere nebo volí možnost nabídky „jiná odpověď“.
- **Otevřené** (nestrukturované), respondent sám volně odpoví.
- **Škálové položky**, respondent vyjadřuje pořadí četnosti nakupovaných potravin označením čísla ze škály 0 - 5. Přičemž číslo 0 určuje potraviny, které se v domácnosti vůbec nevyskytují a číslem 5 se označují denně nakupované potraviny.

V úvodní části dotazníku je průvodní pasáž, která respondenty informuje o anonymitě, účelu výzkumného šetření a navrágí k upřímné odpovědi, jež jsou zárukou kvalitního výzkumu.

I. část dotazníku obsahuje identifikační údaje (položky 1 - 10), které pomohou rozčlenit respondenty do přehledných skupin pro interpretaci výsledků výzkumu.

II. část nazvaná jako „odborná“ (položky 11 - 29) se zabývá výživovými potřebami dítěte do 1 roku, preferencí a možnostmi matek v potencionálně svízelných sociálních situacích.

Dotazník obsahuje celkem 29 otázek. Je tvořen 19 uzavřenými položkami (15 s možností jedné odpovědi a 4 s eventualitou více voleb). 5 polouzavřených otázek je formulováno s možností doplnění „jiné“ či rozvedení odpovědi. 4 položky dotazníku jsou otevřené a 1 otázka je škálového typu.

Celkem bylo během edukačních besed rozdáno, vyplněno a vyhodnoceno 33 (100 %) dotazníků od žen, které se setkání zúčastnily. **V době výzkumného šetření se jednalo o maximum respondentů, neboť jejich počet je omezen kapacitou azylových zařízení.**

4.2.2 Rozhovor (interview)

Jde o metodu shromažďování dat v reálném prostředí, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Výhodou oproti jiným výzkumným metodám je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do motivů a postojů respondenta. Úspěšnost metody závisí na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah k respondentovi a na vytvoření přátelské atmosféry (Chráska, 2008, s. 182).

Jako vhodná metoda výzkumu bylo zvoleno *polostrukturované interview*. Respondentům se nabízí k jednotlivým otázkám několik alternativ odpovědí, ale navíc se od nich požaduje vysvětlení či zdůvodnění (Chráska, 2008, s. 183).

Rozhovor byl realizován u 2 (100 %) matek využívajících služeb Resocializačního centra Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Svitavách. Výpovědi matek spolu s názory zdravotníků a sociální pracovníce posloužily jako zdroj ucelených informací k tvorbě kazuistik. Popsané příklady z praxe ilustrují vzorek respondentů kvantitativního výzkumu (kapitola 5).

4.3 Organizace průzkumného šetření

Z důvodu použití dvou zvolených výzkumných metod je organizace členěna na dvě části: dotazníkové šetření v AD a sběr dat pro tvorbu kazuistik na podkladě polostrukturovaného rozhovoru s matkami v KÚ.

4.3.1 Dotazníkové šetření

Výzkumné šetření proběhlo v Azylových domech pro matky s dětmi v Pardubickém kraji, v AD v Pardubicích, Svitavách, Žamberku a Koclířově. Jedná se o nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby v Pardubickém kraji. Bližší informace jsou uvedeny v teoretické části práce (kapitola 3.8).

Výzkumné šetření bylo koncipováno do 4 edukačních besed v období prosinec 2010 – leden 2011. První beseda proběhla v polovině prosince v Koclířově, krátce na to ve Svitavách a pár dní před vánočními svátky v Žamberku. V Pardubicích byla beseda a průzkum realizován v polovině ledna 2011.

Respondentky byly o edukační besedě informovány s dostatečným časovým předstihem z pozvánky vyvěšené na informačních tabulích v azylových domech.

Pozvánka byla vytištěna na barevně výrazném papíře, aby vzbudila pozornost (příloha 3).

Po uvítání, představení, seznámení s tématem a časovým harmonogramem jsme přistoupili k vyplnění dotazníků (příloha 1). Jelikož při všech besedách byly přítomny matky s dětmi, v této chvíli jsme děti zabavili soutěžním úkolem přizpůsobeným věkové struktuře dětí (kreslení, stavění z kostek apod.). Následně proběhla beseda na téma „Výživa kojence“ doplněná powerpointovou prezentací (příloha 5). Během přednášek se živě diskutovalo. Průměrná časová dotace byla 60 minut.

Beseda byla matkami i dětmi příznivě přijímána. Po živé diskusi následovaly i osobní dotazy na dané téma. Děti byly nadšené ze soutěže a odměněny zdravými pamlsky. Během přednášek jsem vytvářela fotodokumentaci (příloha 6).

4.3.2 Sběr dat pro tvorbu kazuistik

Kojenecký ústav a dětský domov ve Svitavách již desítku let poskytuje azylové bydlení a pomocnou ruku v resocializaci matek s dětmi z rizikových skupin. Služba byla do loňského podzimu realizována v budově KÚ. Díky realizaci evropského projektu došlo k optimalizaci podmínek a bylo v říjnu slavnostně otevřeno Resocializační centrum pro matky s dětmi. Jelikož KÚ a DD představuje zdravotní zařízení se sociálním charakterem, matkám je při péči o děti nápomocný zdravotní personál. Při řešení sociálních a psychických těžkostí se mohou matky obrátit na sociální pracovníci a psychologa. Dle místních zdrojů jsou zde nejčastěji přijímány matky přímo z porodnic. Tak tomu bylo i při zpracovávání obou kazuistik.

Informační data o matkách byly získávány ze tří zdrojů. Přímo od matek vyplněním identifikačního dotazníku (příloha 2) a polostrukturovaným rozhovorem, který byl zapisován do připraveného záznamového archu (příloha 4). Před vlastním rozhovorem s matkou jsme si vytvořili rámcový obraz o jejím životě z informací od sociální pracovníce a zdravotnického personálu, které jsme obdobným způsobem zaznamenali. Na podkladě ucelených informačních zdrojů byly sestaveny kazuistiky.

Díky vstřícnosti personálu KÚ jsme během jedné návštěvy získali informace od výše zmíněných zdrojů. Vlastní šetření s matkami mělo charakter příjemného a přátelského posezení a trvalo v průměru 45 minut. Matky byly předem o našem

záměru informovány ředitelkou KÚ nebo sociální pracovnící a souhlasily se spoluprací.

4.4 Zpracování získaných dat

Sběr dat probíhal po dobu dvou měsíců. Získaná data byla zpracována ručně do velké četnostní tabulky prostřednictvím čárkovací metody. Získané výsledky byly převedeny do jednoduchých tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti. Pro všechny výpočty a konstrukci tabulek a grafů byl použit Microsoft Excel XP a Microsoft Word XP.

K relativní četnosti jsme došli matematickou řadou:

$$f_i = n_i/N$$

f_i relativní četnost

n_i absolutní četnost

N četnost celková

Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

Každá otázka dotazníku byla vizuálně a přehledně zpracována. Při konstrukci grafů bylo použito sloupcových, výsečových a spojnicových grafů. Interpretace výsledků je znázorněna v tabulkách a grafech, které jsou doplněny slovním popisem.

U položek zjišťujících vědomosti respondentek je správná odpověď pro lepší orientaci zvýrazněna tučně v tabulce i slovním popisu.

U položek 21 a 28 byl ze zjištěných hodnot spočítán aritmetický průměr:

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n}$$

\bar{x} aritmetický průměr

n celková četnost všech hodnot

$x_1, \bar{x}, x_2, x_3, \dots, x_n$ číselné hodnoty

5 KAZUISTIKY MATEK V KOJENECKÉM ÚSTAVU

5.1 Paní Kateřina

Paní Kateřina je matkou 1,5 měsíce starého chlapce, který se narodil 14 dní před plánovaným termínem porodu. Matka byla týden před porodem přijata do Kojeneckého ústavu a dětského domova pro děti do tří let na vlastní žádost z důvodu nevhodných bytových podmínek pro výchovu dítěte. Jelikož žila na menším městě v komunitě sociálně vyloučených osob, byla po celou dobu těhotenství pod dohledem sociální pracovníce Odboru sociálně právní ochrany dětí (OSPOD), která ji pobyt doporučila a zajistila. Smyslem pobytu v Resocializačním centru KÚ je edukace matky v péči o dítě, orientace v běžném životě a resocializace.

1. Identifikační údaje

Paní Kateřina je mladou svobodnou matkou jednoho dítěte. Svůj věk v dotazníku uvedla v rozmezí 20 – 25 let.

Vzdělání dosáhla na Speciálním odborném učilišti. Je vyučená pomocnou kuchařkou.

Bydlela v sociálním bytě na menším městě, který získala do nájmu od Sociálního odboru Městského úřadu. Lokalita bydliště byla dle jejích slov problémová, protože se zde sdružovali sociálně vyloučené osoby.

V současnosti jako zdroj svých financí udává rodičovský příspěvek a příspěvek na dítě. Celkem měsíčně hospodaří s 6 tisíci Kč. Z informačních zdrojů sociální pracovníce v této oblasti došlo k dezinformaci, jelikož měsíční příjem paní Kateřiny je o 2 tisíce Kč vyšší a na účet ji bylo nedávno připsáno porodné ve výši 13 tisíc Kč.

Důvodem pobytu, jak je uvedeno výše, jsou nevhodné bytové podmínky pro výchovu dítěte.

Paní Kateřina využívá pobytových služeb KÚ necelé dva měsíce.

2. Životní příběh

Paní Kateřina se narodila do úplné rodiny. Má dva starší bratry. Pro neshody v rodině a nevhodné podmínky pro výchovu dětí byly děti po rozhodnutí soudu odebrány a vyrůstaly od 3 let do 18let v dětském domově. Nejstarší bratr je autista, proto žil v jiném specializovaném zařízení v odloučení od sourozenců. Matka děti navštěvovala. S otcem nebyla a není v kontaktu.

Po vyučení a dosažení zletilosti ji sociální pracovnice z dětského domova pomohla najít práci a chráněné bydlení v Domě na půli cesty.

Pracovala jako pomocná kuchařka v diakonii na malém městě. Zde si našla přítele, který stejně jako paní Kateřina vyrůstal v dětském domově, následně v pěstounské péči. Pro závažnou kriminalitu mu byla nařízena ústavní výchova a po nespécifikovanou dobu byl chovancem Výchovného ústavu. Za rok, kdy se na pracovišti seznámili, se se svým přítelem rozhodli, že se vrátí do místa bydliště rodičů paní Kateřiny. Bydleli v bytě u matky, která se stará o starší bratry, kteří jsou oba v invalidním důchodu. Sama matka byla vedena jako uchazeč o zaměstnání na Úřadu práce.

Přestěhováním přišla paní Kateřina se svým přítelem o práci a byli vedeni na Úřadě práce jako uchazeči o zaměstnání. Při společném soužití docházelo ke sporům s matkou, proto si požádala o přidělení sociálního bytu na sociálním odboru Městského úřadu. Krátce na to ji přidělili byt, kde bydlela s přítelem, který si tam později nastěhoval kamarádka. Soužití bylo společně financováno ze sociálních dávek, které paní Kateřina dostávala. Protože neplatila nájem, elektřinu a další poplatky, o byt po 2 letech přišla a zůstaly ji nesplacené dluhy. V době finanční krize paní Kateřina zjistila, že je těhotná. Jelikož sociální odbor již tušil možné potíže, byla paní Kateřina v hledáčku jejich zájmu, jakmile otěhotněla byla předána do péče OSPOD. Zde ji nasměrovali a pomohli překonat těžké životní období. Díky terénním pracovníkům byla v prenatalní péči gynekologa a podrobila se všem nezbytným kontrolám. Těhotenství probíhalo bez komplikací. Ve vysokém stupni gravidity oslovila s pomocí pracovníků OSPOD Resocializační centrum KÚ ve Svitavách. Zde byla týden před plánovaným termínem porodu na vlastní žádost přijata k pobytu. Začátkem října paní Kateřina spontánně porodila zdravého chlapce, který při narození vážil 2950 g a měřil 50 cm. Otce dítěte v rodném listě neudala.

3. Současný stav výživy dítěte

Do 30 minut po porodu ji byl syn přiložen k prsu. Bez větších potíží se rozvinula laktace. Paní Kateřina plně kojí svého syna 2. měsíc. Dítě jí prospívá dle norem. Během dne kojí nejčastěji po 2 hodinách, odpoledne pokud syn spí někdy i po 4 hodinách. V šestinedělí trápily syna břišní koliky. Pediatrička jim naordinovala Saab simplex kapky, po jejich užívání potíže ustaly. Protože musí zajišťovat budoucí bydlení, požádat si o dávky, odjíždí po domluvě se sociální pracovníci do místa bydliště na úřady. Během doby její nepřítomnosti je syn v péči zdravotnického personálu a je mu podáváno odstříkané mateřské mléko. Kojení a techniku kojení zvládá paní Kateřina bez potíží. V počátcích laktace jí radou i prakticky byl nápomocen zdravotnický personál KÚ.

4. Kojenecká výživa

Paní Kateřina si hradí denní taxu za pobyt (60 Kč/den, za dítě 0). V ceně je zahrnuta strava, praní prádla, pomoc zdravotního i sociálního personálu, apod. Díky tomu, že se nezamýšlí nad svojí stravou, při následném povídání o výživě kojící matky nevěděla, jak se má zdravě stravovat a netušila, že tím může ovlivnit zdravotní stav svého dítěte. Základní dovednosti a znalosti péče o kojence získává od zdravotníků a také si pročítá knihu Matka a dítě, kterou ji v KÚ zapůjčili. Hloubka základních znalostí a postojů k výživě dětí do 1 roku je mizivá. Nemá základní znalosti o kojenecké výživě. Pozitivní ovšem je, že má snahu a projevuje zájem. Naše setkání jsme ukončili shrnutím důležitých aspektů kojenecké výživy.

5. Pohled zdravotnického personálu

Paní Kateřina se celodenně stará o svého syna. Plně kojí, žádné jiné tekutiny než mateřské mléko mu nepodává. Jelikož má její syn naordinován Saab simplex kapky 3x denně a suplementaci vitamíny D a K, zdravotní sestry jí medikaci připraví a paní Kateřina ji podá. Dle jejich slov je schopna se starat o syna a běžnou péči zvládá. Při nečekané změně, jako jsou pláč dítěte, neohlášená návštěva, nepříjemný telefonát, je matka roztěkaná, zapomíná nakojit, má nepřiměřený strach o dítě, případně je plačtivá. Ve stresové situaci neví, co dělá. Dle zdravotní dokumentace má depresi v anamnéze, sama ji však

neudává. Během pobytu v zařízení byla paní Kateřina vyšetřena psychiatrem, který ji nasadil farmakoterapii antidepresivy.

6. Pohled sociální pracovníce

Z hlediska práce sociální pracovníce paní Kateřina od přijetí vykonala na sobě „kus práce“. Zpočátku pod odborným vedením řešila založení bankovního účtu, nyní se učí hospodařit s finančními prostředky, komunikuje s úřady, dochází na psychoterapii do krizového centra ve Svitavách a v neposlední řadě řeší svůj největší problém, konsolidaci dluhů. Paní Kateřina, je-li vedena, kontrolována, je schopna si své záležitosti vyřídit. Obvyklá doba pobytu v sociálním zařízení se pohybuje mezi 3 – 4 měsíci, max. ½ roku. Následně si buď najde sociální byt s vyhovujícími podmínkami pro výchovu dítěte nebo si zažádá ve spolupráci se sociální pracovníci k přijetí do AD, což bude v jejím případě pravděpodobnější. S rodinou pomocí se nemůže v případě paní Kateřiny počítat. Spíše naopak při kontaktu s rodinou je riziko, že opět spadne do nuzných podmínek a její finanční příjem bude zneužit ve prospěch celé rodiny, což by pro paní Kateřinu mohlo znamenat riziko odebrání dítěte a nařízení ústavní výchovy místně příslušným soudem.

Paní Kateřina by měla být na jaře 2011 umístěna v AD s rozšířenou péčí. Měsíční ceny nájmu v azylovém zařízení se pohybují cca kolem 3 - 3,5 tisíc Kč.

7. Závěr

Paní Kateřinu čeká dlouhá cesta, než vyřeší své životní trable. Její hraniční inteligence a rysy patologické osobnosti jí znesnadňují život. Díky laskavému přijetí a možnosti začít rozvíjet své rodičovské kompetence, je umožněno matce být se svým dítětem a dítěti poznat svou matku.

5.2 Paní Věra

Je matkou měsíčního syna, který se narodil předčasně v 35. týdnu gravidity v krajské porodnici, aby byl včas v péči neonatologů. Paní Věra trpí úzkostnou poruchou, která se zřejmě vlivem porodu dostala do fáze exacerbace a na jejím podkladě se matka psychicky zhroutila. Lékaři tamní porodnice se oprávněně obávali nezvládnutí péče matky o dítě, případ nahlásili místně příslušným orgánům OSPOD. Paní Věra nyní využívá služeb KÚ na žádost OSPOD pro zácvek péče o dítě v šestinedělí.

1. Identifikační údaje

Paní Věra se v 28 letech těsně po vánočních svátcích stala matkou svého prvního dítěte, zdravého chlapce.

Má ukončené střední odborné vzdělání. Je vyučená švadlena.

Žije na malém městě, v městském bytě se svým partnerem, který je uveden v rodném listě dítěte jako otec.

Jako zdroj svých financí udává porodné a současně peněžitou pomoc v mateřství. Na přídavek na dítě nedosáhla. Otec dítěte se finančně podílí na vedení domácnosti. Jeho příjem se skládá z částečného invalidního důchodu a podpory v nezaměstnanosti. Čistý měsíční příjem uvádí paní Věra cca 8 tisíc Kč. Důvodem pobytu, jak je uvedeno v úvodu, je zácvek matky v péči o dítě v šestinedělí a observace jejího psychického stavu.

Paní Věra využívá pobytových služeb KÚ jeden týden.

2. Životní příběh

Paní Věra je druhorozeným dítětem svých rodičů. Vyrůstala s matkou, jejím druhem a starší sestrou.

V dospívání se u ní projevila úzkostná porucha. Je léčena a sledována v psychiatrické ambulanci v místě bydliště. Při exacerbaci onemocnění byla několikrát hospitalizována a následně léčena v psychiatrické léčebně. Zde se seznámila se svým nynějším přítelem, který trpí obdobnou poruchou. Dle jejích slov mají jeho potíže těžší průběh. Pokud dojde ke vzplanutí choroby, není schopen se o sebe starat, leží v posteli, nevychází z bytu. Oba pravidelně užívají léky, paní Věra Seropram a při potížích Lexaurin.

Od vyučení švadlenou pracovala v malé soukromé textilní firmě, kde je v pracovním poměru doposud. Po ukončení pracovní neschopnosti nastoupila na peněžitou pomoc v mateřství.p

S partnerem žijí již 5 let ve společné domácnosti a těhotenství bylo plánované. V anamnéze paní Věry se objevil potrat v 6. týdnu gravidity. Po necelém roce opět otěhotněla. Ihned po potvrzení gravidity byla v pracovní neschopnosti sledována svým gynekologem. Psychiatr ji upravil farmakoterapii, aby nedošlo k poškození plodu. Doma se na příchod miminka připravili, mají nachystané veškeré zázemí pro péči o novorozence.

Průběh těhotenství byl do 3. trimestru fyziologický. Od 28. týdne byla paní Věra hospitalizována. Měla bolesti břicha a začala se „otvírat“. Jelikož průběh nabíral spád směrem k porodu, byla převezena z menší městské nemocnice do krajské. Důvodem byl hrozící předčasný porod a nutnost specializované péče o novorozence neonatologu. Paní Věra psychicky těžce nesla odloučení od partnera a rodiny. V 35. týdnu gravidity porodila císařským řezem syna, který byl následně umístěn pro hraniční nezralost v inkubátoru na novorozenecké jednotce intenzivní péče.

3. Výživa dítěte

Chlapec nemohl být pro svůj zdravotní stav bezprostředně po porodu přiložen k prsu matky. Následný den byl chlapec přiložen k prsu, ale dle slov paní Věry se „nedokázal přisát“. Paní Věra začala stimulovat laktaci odsáváním mateřského mléka pomocí manuální odsávačky. Postupně se rozvinula laktace. Syn byl opakovaně přikládán k prsu, ale nadále se nedokázal přisát. Byl dokrmován mateřským mlékem pomocí lžičky. Syn paní Věry musel být ještě týden v inkubátoru na oddělení nedonošenců. Paní Věra pod tíhou nových zážitků a povinností se psychicky zhroutila. Pro úzkostnou poruchu v anamnéze ji nasadili účinnější terapii, která ovšem přecházela do mateřského mléka, tím pádem bylo kojení kontraindikováno.

Od 3. týdne po porodu je syn živen umělou formulí. Druh mléka, který mu byl podáván na odd. nedonošenců paní Věra neví. Jelikož chlapec často v nemocnici plakal a u paní Věry hrozilo rozvinutí úzkostné poruchy, lékaři paní Věře doporučili zácvik v péči o dítě v KÚ, kde bude ona i dítě pod dohledem zdravotnického personálu. V zařízení je chlapec živen umělou formulí Beba HA 1.

Jednotlivé mléčné dávky si paní Věra připravuje v kuchyňce sama. Veškeré suroviny a technické zázemí má od zařízení k dispozici. Uvědomuje si finanční náročnost živení kojence umělou výživou. Chlapec je krmen v pravidelných intervalech cca po 2 – 3 hodinách. Během 24 hodin vypije obvykle 7 – 8 mléčných dávek v objemu 90 ml. Na dávky se přihlásí sám pláčem. Stolicí má pravidelně 1x za dva dny.

4. Kojenecká výživa

Paní Věra si během krátké doby prošla nelehkým obdobím. Ještě se nezamýšlela nad další výživou kojence. Informace, které potřebovala v souvislosti se zavedením umělé formule získala od zdravotníků. Více v odvětví výživy dítěte do 1 roku nepátrala. Ví, že pro ni nebude finančně únosné umělé mléko, které syn dostává v zařízení. Bude muset na trhu hledat levnější alternativu. O oblasti přechodu na nemléčnou stravu nemá povědomí. K základům kojenecké výživy jsme se dostali během našeho setkání. Více informací si paní Věra dohledá až se jí a jejího syna bude tato etapa týkat.

5. Pohled zdravotnického personálu

Paní Věra se snaží veškerou péči o syna zastat sama. Na pokoji má uklizeno, dítě je čisté a upravené. Je úzkostlivá a přecitlivělá. I když je chlapec v klidu a pospává, pozoruje ho. Každé zabroukání považuje za pláč, což je problémem v noci, kdy ho vyjme z postýlky, tudíž se chlapec probudí a pláče, protože je rozmrzelý. V prvních dnech pobytu si matka stěžuje, že chlapec pořád pláče, proto si ho sestry brávaly na noc do boxu, aby se matka mohla vyspat. Paní Věra to nesla těžce, sice se vyspala, ale měla pocit osobního selhání. Její nálady byly i během našeho krátkého setkání nestabilní. Během krátké chvíle měla několik telefonátů, kdy na ní rodina tlačí, aby odešla domů, ona si ovšem v péči o dítě není po všech směrech jistá. Má v sobě zakořeněný pocit nedůvěry vůči sobě i okolí, což může jít na vrub jejího onemocnění.

6. Pohled sociální pracovnice

Vzhledem ke krátkému pobytu, nelze činit zatím závěry v sociální oblasti klientky. Paní Věra si vyřizuje s úřady rodičovský příspěvek. Za tímto účelem navštívila své bydliště. Své finance má pod kontrolou a nepotřebuje v této oblasti

pomoci. Při návštěvě domova byla přesvědčována matkou a partnerem, aby se vrátila domů, třeba i bez dítěte.

7. Závěr

Paní Věra v sobě cítí křivdu, že byla v porodnici nahlášena na OSPOD. Na druhou stranu přiznává svoji psychickou labilitu. Ví, že ji sebemenší změna stavu syna přináší psychické úzkosti. Potřebuje čas a klid, aby se zcela běžné odchylky naučila řešit. Pokud by byla doma je si vědoma, že po ní bude vyžadována navíc péče o partnera i domácnost.

Následným přemístěním z oddělení KÚ do resocializačního bytu došlo ke zlepšení psychického stavu, rozvinutí samostatnosti matky a prohloubila se vazba na dítě, díky tomu vymizely pocity osobního selhání. Paní Věra mohla být po šesti týdnech propuštěna domů. Při odchodu svůj pobyt hodnotila pozitivně.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE

V této kapitole budou prezentovány výsledky získané z dotazníkového šetření.

6.1 Identifikační údaje

I. část dotazníku má za úkol charakterizovat a diferencovat soubor respondentů do přehledných skupin, mezi nimiž bychom mohli hledat souvislosti při řešení případných problémů.

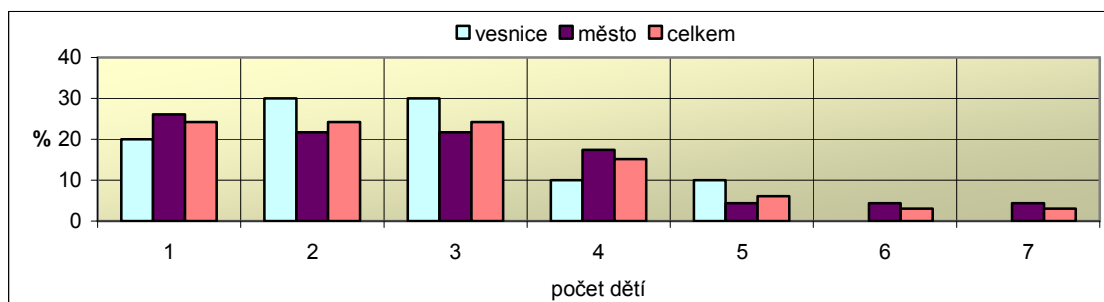
6.1.1 Počet dětí respondentek

Na výzkumném šetření se podílel shodný počet maminek s jedním, dvěma, či třemi dětmi. Všechny položky byly zastoupeny shodně, což v celkovém výsledku činí 24 %. Matky s trvalým pobytem ve městě s šesti a sedmi dětmi představují v celkovém souboru respondentů spíše výjimky (3 %).

Tabulka 2 Počet dětí

Počet dětí	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
1	2	20,00	6	26,09	8	24,24
2	3	30,00	5	21,74	8	24,24
3	3	30,00	5	21,74	8	24,24
4	1	10,00	4	17,39	5	15,15
5	1	10,00	1	4,35	2	6,06
6	0	0,00	1	4,35	1	3,03
7	0	0,00	1	4,35	1	3,03
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 2 Počet dětí



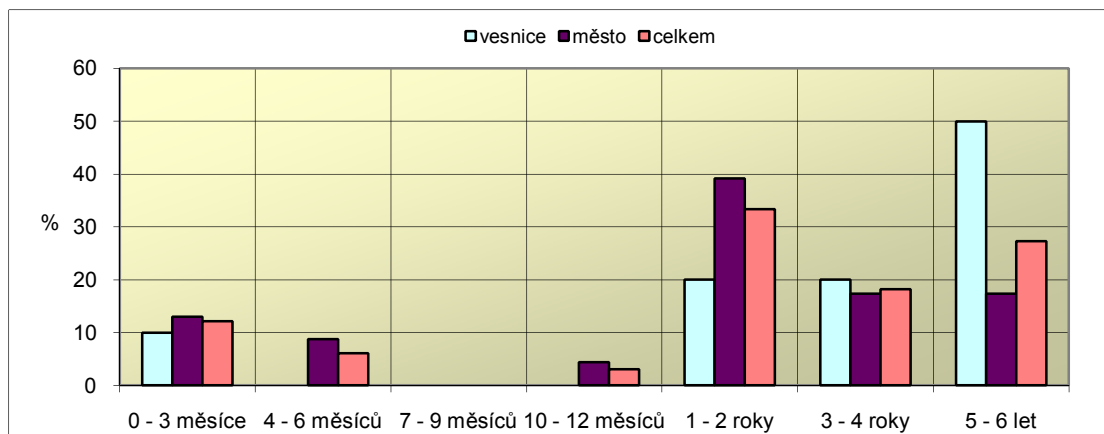
6.1.2 Věk nejmladšího dítěte

Z uvedené tabulky 3 a grafu 3 je zřejmé, že ve výzkumném vzorku zaujímají dominantní četnost matky dětí ve věku 1 - 2 roky (33 %), dále následuje věk starší předškolní (27 %). Ve zkoumaném vzorku se vůbec neobjevilo zastoupení matek dětí ve věku 7 – 9 měsíců.

Tabulka 3 Věk nejmladšího dítěte

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
0 - 3 měsíce	1	10,00	3	13,04	4	12,12
4 - 6 měsíců	0	0,00	2	8,70	2	6,06
7 - 9 měsíců	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10 - 12 měsíců	0	0,00	1	4,35	1	3,03
1 - 2 roky	2	20,00	9	39,13	11	33,34
3 - 4 roky	2	20,00	4	17,39	6	18,18
5 - 6 let	5	50,00	4	17,39	9	27,27
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 3 Věk nejmladšího dítěte



6.1.3 Rodinný stav

Jak je patrné z tabulky 4, polovinu reprezentativního vzorku (49 %) zaujímají svobodné matky. S větší převahou jsou zastoupené ve městě (61 %). Zhruba ve stejném počtu jsou zastoupeny ženy vdané (24 %) a rozvedené (21 %).

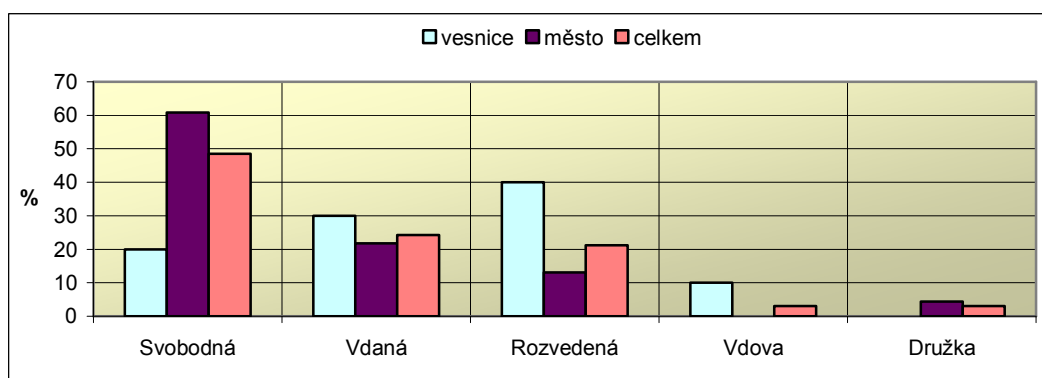
Od 90. let 20. století lze pozorovat změny v rodinném životě. V běžné populaci dochází k odkladu rodičovství, poklesu porodnosti, vzrůstá celoživotní dobrovolná bezdětnost, došlo k rozvolnění vztahu mezi sňatkem a rodičovstvím,

vystoupaly ukazatele rozvodovosti a výjimku dnes netvoří ani osamělé rodičovství. Stále více dětí zažívá během svého dětství několik rodinných uspořádání a žije po určitou dobu pouze s jedním z rodičů nebo v rekonstruované rodině, tzn. s jedním rodičem nevlastním (Šťastná, 2009, s. 10 – 11).

Tabulka 4 Rodinný stav

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Svobodná	2	20,00	14	60,87	16	48,48
Vdaná	3	30,00	5	21,74	8	24,24
Rozvedená	4	40,00	3	13,04	7	21,21
Vdova	1	10,00	0	0,00	1	3,03
Družka	0	0,00	1	4,35	1	3,03
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 4 Rodinný stav



6.1.4 Zdroje finančních prostředků

Na otázku: „Jak v současné době získáváte finanční prostředky?“, mohly respondentky vyjádřit své finanční poměry více možnostmi, tak jak jsou jejich příjmy jednotlivými dávkami tvořeny. Nejčastěji pobírají přídavky na dítě (97 %) a rodičovský příspěvek (64 %). Dávky pomoci v hmotné nouzi udává 52 % žen, což představuje polovinu vzorku. Stejný údaj vyplynul i u sociálního příplatku.

Při strukturalizaci chudých osob tvoří ženy více než polovinu (cca 55 %) osob pod hranicí chudoby a děti do 16 let představují téměř 30 % z uvedené skupiny (Hora, Kofroň, Sirovátka, 2008, s. 14).

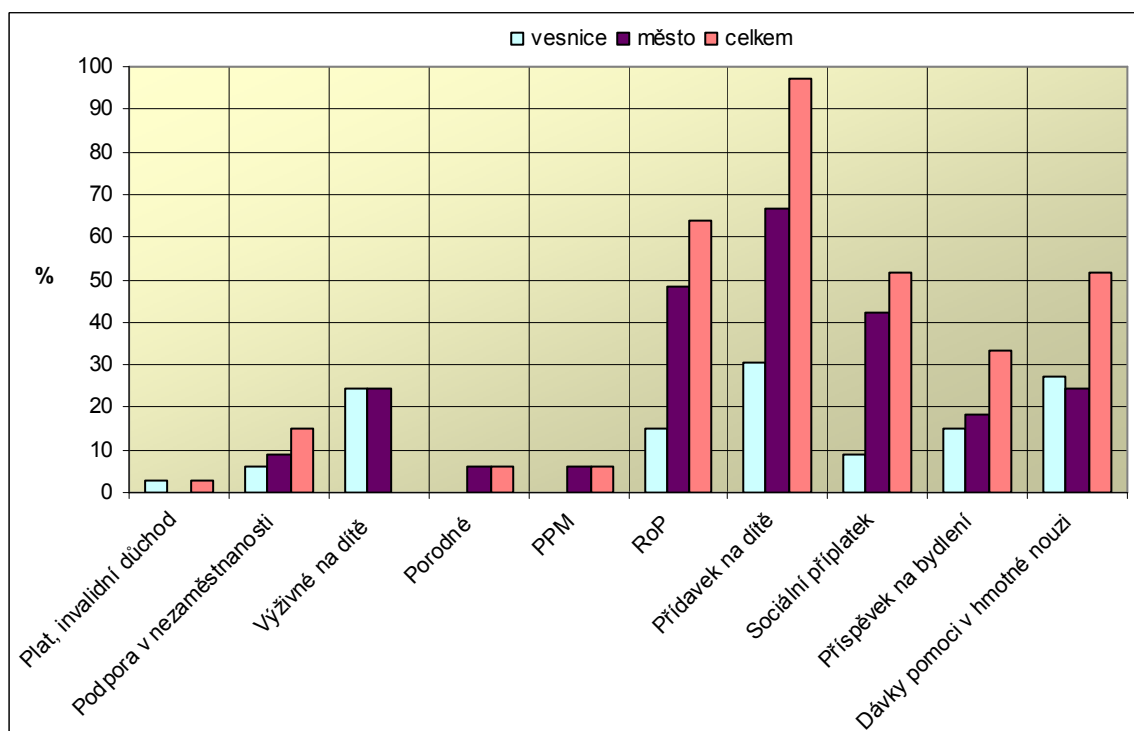
Efektivnost sociálních dávek na eliminaci chudoby je v ČR poměrně vysoká. Při eliminaci rizika chudoby osob se pohybuje kolem 75 %. Osobitá situace

nastává u dětí do 17 let, efektivnost sociálních dávek je u nich nižší (47 %). Úroveň eliminace chudých pomocí transferů sociálních dávek je podstatně nižší, asi 53 % a opět je nižší u dětí do 17 let (44 %), nejvyšší je u dětí do 3 let (51 %) a nejnižší u dětí ve věku 7 - 10 let (33 %) (Hora, Kofroň, Sirovátka, 2008, s. 14).

Tabulka 5 Zdroj finančních prostředků

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Plat, invalidní důchod	1	3,03	0	0,00	1	3,03
Podpora v nezaměstnanosti	2	6,06	3	9,09	5	15,15
Výživné na dítě	8	24,24	8	24,24	16	48,48
Porodné	0	0,00	2	6,06	2	6,06
PPM	0	0,00	2	6,06	2	6,06
RoP	5	15,15	16	48,48	21	63,63
Přídavek na dítě	10	30,30	22	66,66	32	96,96
Sociální příplatek	3	9,09	14	42,42	17	51,51
Příspěvek na bydlení	5	15,15	6	18,18	11	33,33
Dávky pomoci v hmotné nouzi	9	27,27	8	24,24	17	51,51
Σ	33					

Graf 5 Zdroj finančních prostředků



6.1.5 Měsíční finanční rozpočet

Z dostupných dat bylo v České republice v roce 2007 ohroženo chudobou celkem 995 tis. osob (10 % všech osob), spíše osoby mladší a z hlediska ekonomické aktivity lidé nezaměstnaní (Šťastná, 2009, s. 26). Příjmová chudoba domácností je způsobena zejména vyšším počtem nezaopatřených dětí v domácnosti, nízkou vzdělanostní úrovní domácnosti, neúplností rodiny a ekonomickou neaktivitou a nezaměstnaností. K domácnostem s nejvyšším rizikem chudoby náleží rodiny se třemi a více dětmi a členové domácnosti, kde je jeden dospělý s alespoň jedním dítětem. Jedná se především o matky samoživitelky (Hora, Kofroň, Sirovátka, 2008, s. 14).

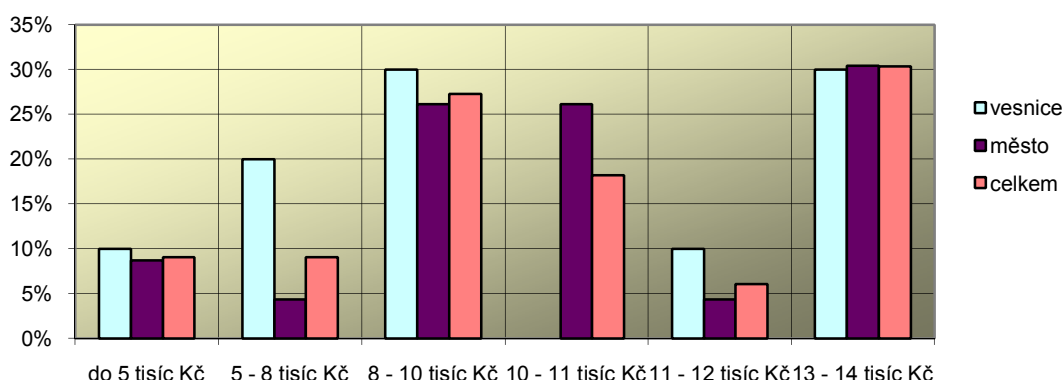
Odpovědi u otázky číslo 8 jsme rozčlenili na 6 kategorií, které jsou znázorněné v tabulce 6a. Jelikož respondentky nemají shodný počet dětí, dále jsme položku rozpracovali přepočtem příjmu rodiny na jednotlivé členy, aby uvedené hodnoty byly lépe uchopitelné.

Po vyhodnocení výsledků je patrné, že měsíční finance vztažené na domácnost nejsou rozdílné z hlediska místa trvalého bydliště. Nejčteněji se měsíční rozpočet rodiny pohyboval u nejvyšší hranice 13 – 14 tisíc Kč (30 %) a ve střední hodnotě 8 – 10 tisíc Kč (27 %).

Tabulka 6a Měsíční finanční rozpočet vztažený na celou domácnost

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
do 5 tisíc Kč	1	10,00	2	8,70	3	9,09
5 - 8 tisíc Kč	2	20,00	1	4,35	3	9,09
8 - 10 tisíc Kč	3	30,00	6	26,09	9	27,27
10 - 11 tisíc Kč	0	0,00	6	26,09	6	18,18
11 - 12 tisíc Kč	1	10,00	1	4,35	2	6,06
13 - 14 tisíc Kč	3	30,00	7	30,42	10	30,31
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 6a Měsíční finanční rozpočet vztážený na celou domácnost

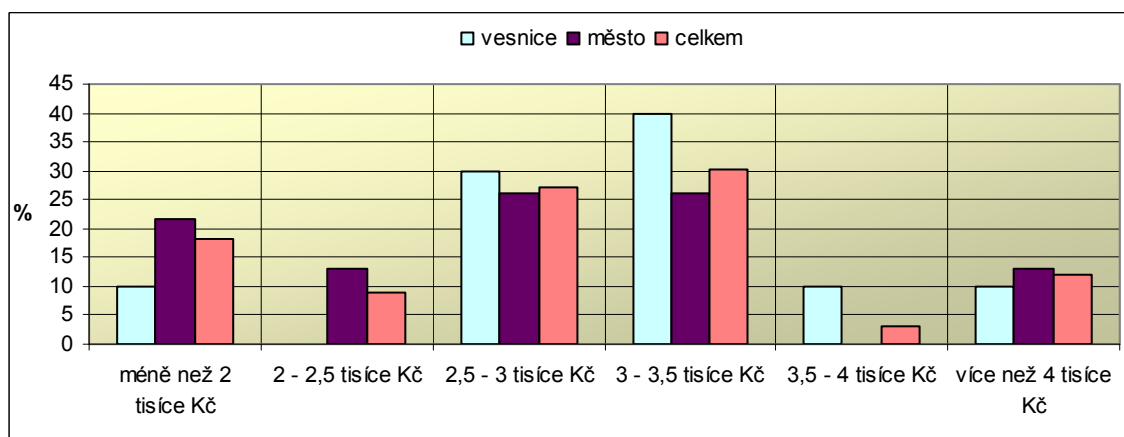


Při přepočtu měsíčních financí na člena rodiny se nejpočetněji vzorek respondentek dostává na kategorii 3 – 3,5 tisíc Kč v 30 %, následuje 2,5 – 3 tisíce Kč (27 %). Poměrně velká je skupina rodin s měsíčním finančním obnosem menším než 2 tisíce Kč (18 %). U respondentek z vesnice je vyšší zastoupení v dolních partiích tabulky 6b, opak nastává u žen z města.

Tabulka 6b Měsíční finanční obnos přepočítaný na 1 člena domácnosti

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
méně než 2 tisíce Kč	1	10,00	5	21,74	6	18,18
2 - 2,5 tisíce Kč	0	0,00	3	13,04	3	9,09
2,5 - 3 tisíce Kč	3	30,00	6	26,09	9	27,27
3 - 3,5 tisíce Kč	4	40,00	6	26,09	10	30,31
3,5 - 4 tisíce Kč	1	10,00	0	0,00	1	3,03
více než 4 tisíce Kč	1	10,00	3	13,04	4	12,12
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 6b Měsíční finanční obnos přepočítaný na 1 člena domácnosti



Z literatury vyplývá, že příjmová situace domácností byla nejpříznivější v roce 2007. V letech 2008 a 2009 došlo k reálnému poklesu sociálních příjmů, zejména v důsledku poklesu dávek nemocenského pojištění a dávek státní sociální podpory. Reálně poklesly i čisté peněžní příjmy. Ve sledovaném období rostla vydání v oblasti potravin, nealkoholických nápojů a bydlení (voda, energie, paliva). Nejvyšší podíl na spotřebních vydáních domácností s minimálními příjmy měla v roce 2008 vydání za bydlení, v předchozích letech byla na prvním místě vydání za potraviny, nealkoholické nápoje. Došlo k výraznému nárůstu vydání v oblasti zdraví, na této skutečnosti se podílelo zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví a pravděpodobně i změna snížené sazby DPH na léky a zdravotnický materiál (Kofroň, 2010, s. 37).

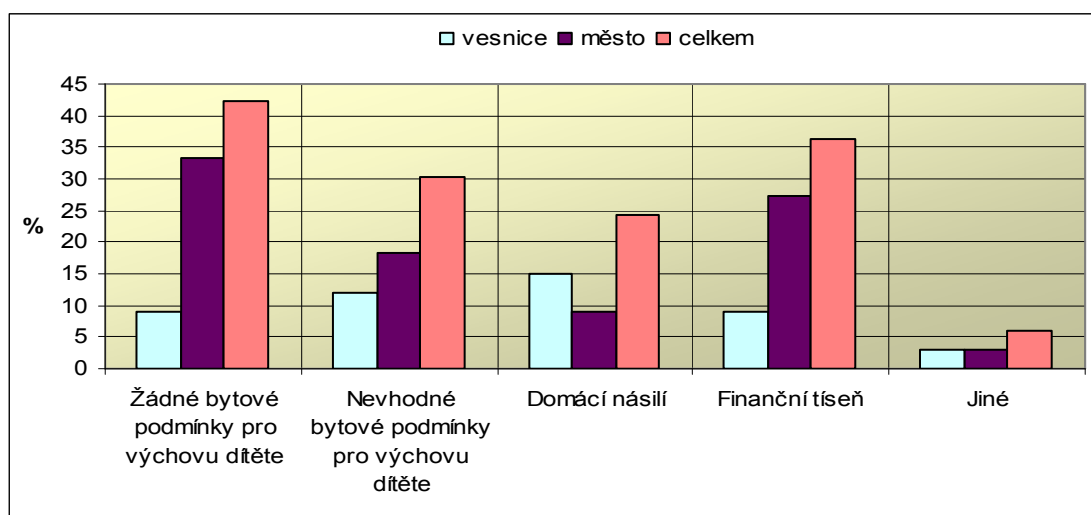
6.1.6 Důvod pobytu v sociálním zařízení

V této položce mohly respondentky volit více možností odpovědí, tak jak své důvody cítí. Dominantní důvody vedoucí ženy ze 42 % k vyhledávání azylových zařízení jsou absence bytových podmínek, s tím souvisí i nevhodné bytové podmínky pro výchovu dítěte (30 %) a finanční tíseň u 36 % respondentek. Domácí násilí bylo uvedeno u 24 % případů. V kategorii jiné uvedla respondentka „rodinné spory“ a druhá odpověď ženy z vesnice byla: „manžel ve výkonu trestu odnětí svobody“.

Tabulka 7 Důvod pobytu v sociálním zařízení

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Žádné bytové podmínky pro výchovu dítěte	3	9,09	11	33,33	14	42,42
Nevhodné bytové podmínky pro výchovu dítěte	4	12,12	6	18,18	10	30,30
Domácí násilí	5	15,15	3	9,09	8	24,24
Finanční tíseň	3	9,09	9	27,27	12	36,36
Jiné	1	3,03	1	3,03	2	6,06
Σ	33					

Graf 7 Důvod pobytu v sociálním zařízení



6.1.7 Délka pobytu v sociálním zařízení

Posledním zjišťovaným údajem I. části byla délka pobytu v sociálním zařízení. Předmětem zjištění nebylo v kolikátém zařízení se matka s dětmi vyskytuje.

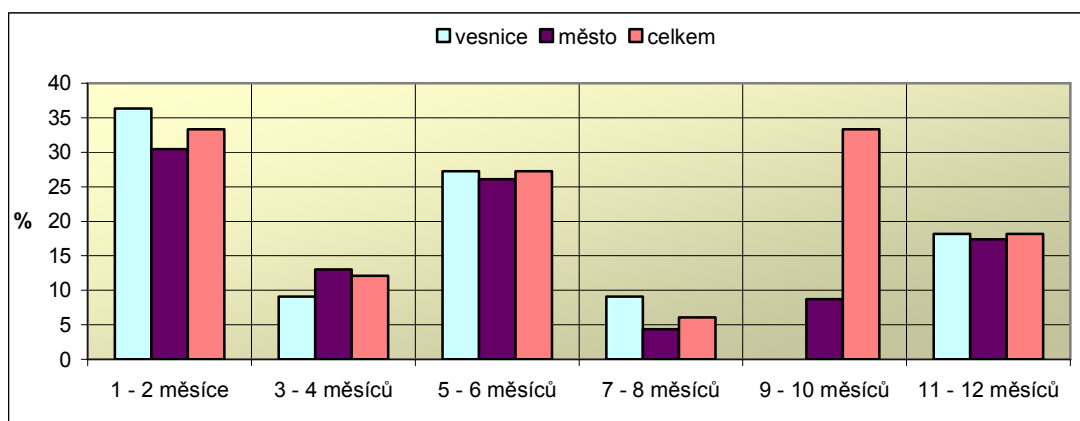
Matky měly shodně ve 33 % délku pobytu 1 – 2 měsíce a 9 – 10 měsíců. Minimálně byla zvolená kategorie 7 - 8 měsíců, což celkově představuje 6 %.

U žen z vesnice je nejčastější délka pobytu 1 – 2 měsíce a vůbec se nevyskytla kategorie 9 – 10 měsíců. U matek z města je situace velice obdobná.

Tabulka 8 Délka pobytu v sociálním zařízení

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
1 - 2 měsíce	4	36,36	7	30,43	11	33,33
3 - 4 měsíců	1	9,09	3	13,04	4	12,12
5 - 6 měsíců	3	27,27	6	26,09	9	27,27
7 - 8 měsíců	1	9,09	1	4,35	2	6,06
9 - 10 měsíců	0	0,00	2	8,70	2	33,34
11 - 12 měsíců	2	18,18	4	17,39	6	18,18
Σ	11	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 8 Délka pobytu v sociálním zařízení



6.2 Položky směřující k výživě kojence

II. část dotazníku měla za úkol zmapovat postoje, znalosti a možnosti matky při výživě kojence, ať již měla tuto životní etapu před sebou či ji již se svým dítětem prožila.

6.2.1 Zdroj informací o kojenecké výživě

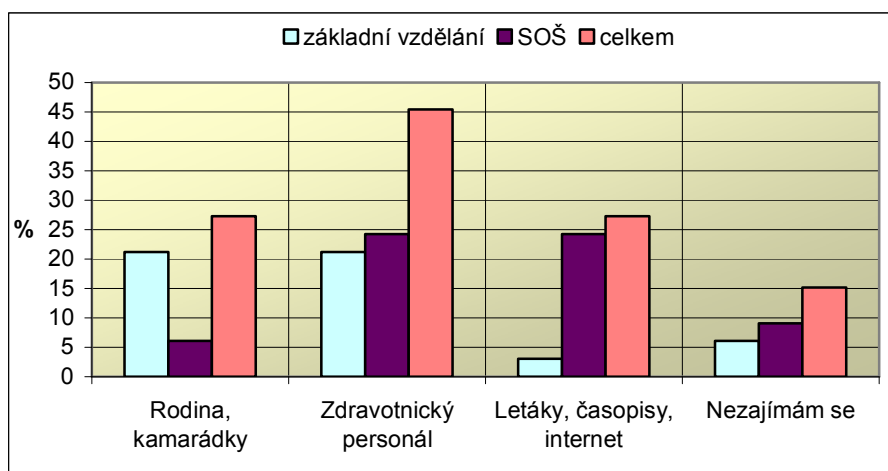
Na otázku, kde respondentky získávají/získávaly ucelené informace o kojenecké stravě mohly volit vícečetnou odpověď.

Z tabulky 9 je na první pohled patrné, že takřka polovina matek (45 %) informace získává prostřednictvím zdravotnického personálu. Shodná četnost odpovědí (27 %) se objevila u varianty rodiny a kamarádek a letáků, časopisů a internetu. Necelá 1/5 žen (15 %) se o kojeneckou výživu vůbec nezajímá/ nezajímala.

Tabulka 9 Zdroj informací o kojenecké stravě

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Rodina, kamarádky	7	21,21	2	6,06	9	27,27
Zdravotnický personál	7	21,21	8	24,24	15	45,45
Letáky, časopisy, internet	1	3,03	8	24,24	9	27,27
Nezajímám se	2	6,06	3	9,09	5	15,15
Σ	33					

Graf 9 Zdroj informací o kojenecké stravě



6.2.2 Kojení

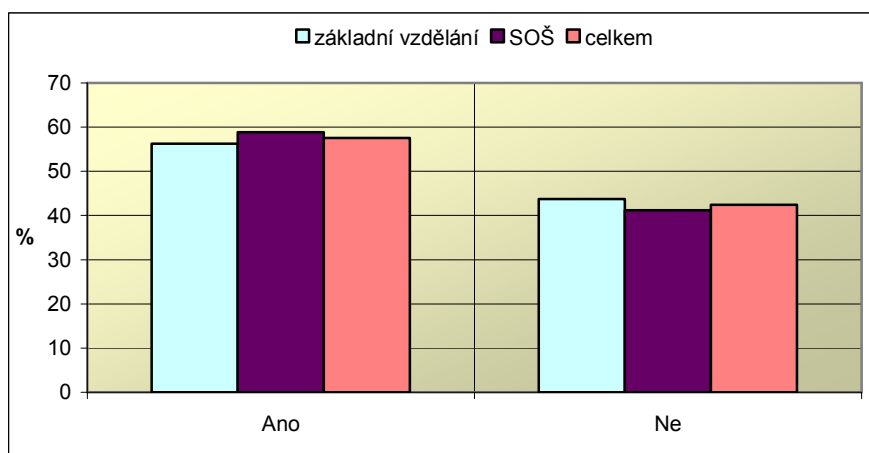
Jednou ze základních potřeb dítěte je výživa. Současná věda považuje přirozenou výživu mateřským mlékem za neoptimálnější. Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Kojení je v ČR součástí Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století (Mydlilová, 2003, s. 128). Vedle prokázaných nutričních a ochranných účinků mateřského mléka trvá jeho význam i „nemateriální povahy“. Je pokračováním nerozlučné dvojice matka- dítě (Paulová, 2008, s. 41).

Bylo vyhodnoceno, že 58 % matek své děti kojilo. Významné je zjištění, že necelá polovina (42 %) respondentek vůbec své děti nekojila. Podstatné rozdíly vlivu vzdělání na kojení se ve zkoumaném souboru nepotvrdily, což přisuzujeme velikosti výzkumného vzorku. Přestože se řadu let úspěšně rozvíjí programy a aktivity na podporu kojení, je problematika přirozené výživy kojenců stále velmi aktuální. Je zjištěno, že mnohým překážkám v kojení lze předejít, či je vyřešit. Až 98 % žen je schopno kojit dlouhodobě (Illková, Nečasová, Vašíčková, 2005).

Tabulka 10a Plné kojení

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	9	56,25	10	58,82	19	57,58
Ne	7	43,75	7	41,18	14	42,42
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 10a Plné kojení



WHO/UNICEF doporučují výlučné kojení po dobu 6 měsíců a v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do dvou let věku (Mydlilová, 2003, s. 128).

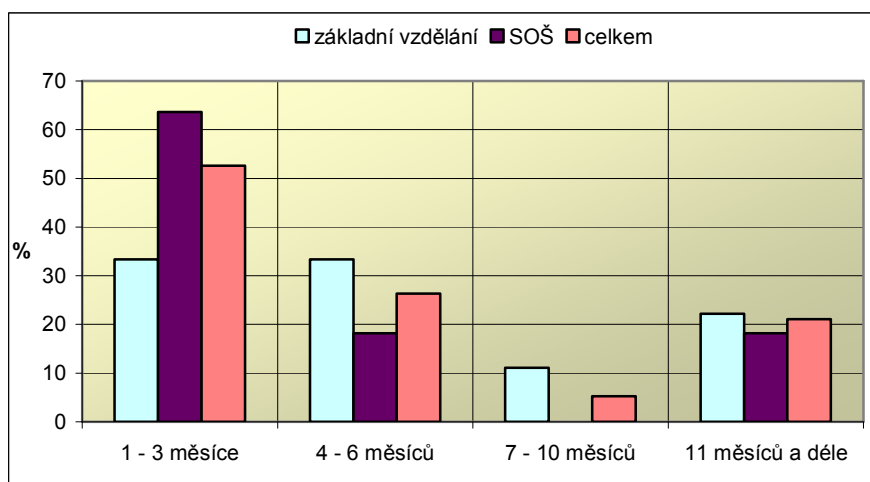
Z výsledků výzkumů prováděných v letech 1985 – 2001 vyplynulo, že se zvýšil počet dětí výhradně kojených 6 měsíců ze 6 % na 47 % a počet dětí kojených do 1 roku stoupl z 2 % na 31 % (Dědek, Stožický, 2009, s. 307).

Jak je viditelné z tabulky 10b a grafu 10b, matky pocházející ze socioekonomických nuzných podmínek nezastupují většinovou populaci a výsledky průzkumu hovoří v neprospěch dítěte. Z 19 matek, které své děti živily přirozeně, plně kojilo v rozmezí 1 - 3 měsíců 10 žen (53 %), v období 4 - 6 měsíců již pouze 26 %. Déle než 11 měsíců kojení udržela pouhá pětina žen (21 %) V kojení byly aktivnější ženy se středoškolským vzděláním.

Tabulka 10b Délka kojení

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
1 - 3 měsíce	3	33,33	7	63,64	10	52,63
4 - 6 měsíců	3	33,33	2	18,18	5	26,32
7 - 10 měsíců	1	11,11	0	0,00	1	5,26
11 měsíců a déle	2	22,22	2	18,18	4	21,05
Σ	9	100,00	11	100,00	19	100,00

Graf 10b Délka kojení



6.2.3 Postoj matek k přirozené a umělé výživě dítěte

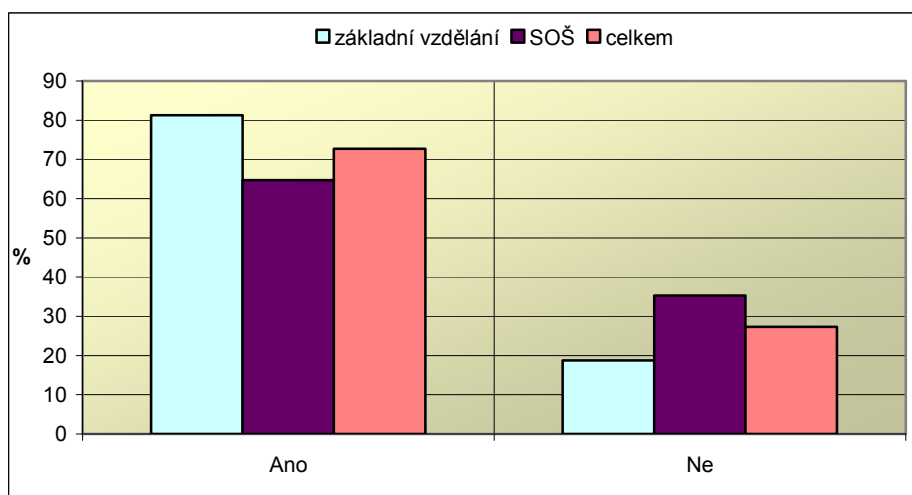
Kojení je považováno za účinný nástroj prevence nadváhy, protože kojeneček se obvykle nepřepije. Má rozvinutou schopnost regulovat příjem mateřského mléka dle fyziologických potřeb. Podávání náhražek mléka v sobě skrývá nebezpečí, že matka neodhadne správně potřeby dítěte a dá mu pít častěji (Fraňková, 2003, s. 24). Dalším rizikem dle Dědka a Stožického (2009) je, že matky nedůvěřují deklarovaným hodnotám výrobků a navyšují dávky mléčného prášku v domněnku, aby dítě lépe zasytily. Tím je však zvýšen i přísun bílkovin a minerálních látek a dítě i po vypití tohoto mléka zůstává žíznivé. Vytváří se tak předpoklad pro poškození funkce ledvin a rozvoj obezity.

Zajímalo nás, zda matky upřednostňují či upřednostňovaly kojení vůči umělé výživě. Z celkového počtu matek kojení upřednostňuje 73 %. Ve vztahu k bydlišti, ženy z vesnice preferují v 81 % kojení. Viditelný rozdíl nastává u matek z města, které kojení upřednostňují pouze v 65 %.

Tabulka 11 Upřednostňování kojení před umělou stravou

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	13	81,25	11	64,71	24	72,73
Ne	3	18,75	6	35,29	9	27,27
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 11 Upřednostňování kojení před umělou stravou



6.2.4 Zajištění plné mléčné výživy

Obecně lze říci, že mléko je díky vysokému obsahu vápníku jeho významným zdrojem. Zvýšený přívod vápníku v pozdějším věku již nemůže kompenzovat jeho nedostatečný přívod v dětském věku (Dědek, 2009).

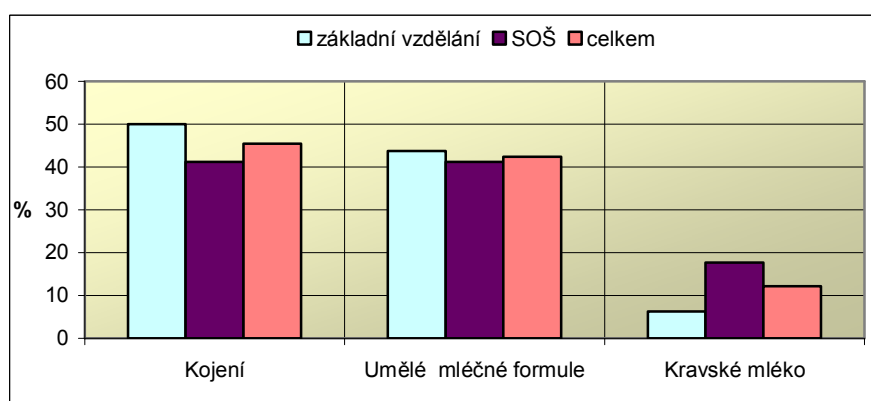
Gregora (2004) i Frühauf (2006) doporučují kravské mléko podávat od ukončeného prvního roku, pouze však jeho plnotučnou variantu. Odtučněné mléko není pro děti vhodné. Jako nepodkročitelná hranice pro podání neupraveného kravského mléka je 9. měsíc (Frühauf, 2006, s.29). Obdobný názor vyjadřují i Kudlová s Mydlilovou (2005), které však připouštějí použití plnotučného mléka pro přípravu dalších pokrmů, jako jsou například kaše, již od 10. měsíce. Illková, Nečasová a Vašíčková (2005) volí obezřetnější přístup, kravské mléko podávat nejdříve v druhém roce života, případně až po ukončení 3. roku.

Z 33 dotazovaných zajistilo období výhradně mléčné 46 % kojení, 42 % využilo k pokrytí mléčných formulí. Výsledky ukazují na užití kravského mléka 4 matkami, což odpovídá 12 % ze souboru. Ve 3 případech (18 %) se jedná o středoškolsky vzdělané matky. Taktéž 1 respondentka (6 %) se základním vzděláním zajistila uvedeného období kravským mlékem.

Zjištěné výsledky korespondují s konstatováním Frühaufa (2006), že asi 65 % kojenců do 6. měsíce je dříve či později přikrmováno či plně živeno v našich podmínkách kojeneckými formulemi.

Tabulka 12 Zajištění plné mléčné kojenecké stravy

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Kojení	8	50,00	7	41,18	15	45,45
Umělé mléčné formule	7	43,75	7	41,18	14	42,42
Kravske mléko	1	6,25	3	17,65	4	12,13
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 12 Zajištění plné mléčné kojenecké stravy

6.2.5 Četnost podávání porcí stravy během dne

Vhodný počet jídel závisí na tom, jak je strava energeticky hodnotná. Zdravé kojene dítě by mělo dostávat příkrm 2x – 3x denně ve věku 6 – 8 měsíců, 3x – 4x denně ve věku 9 – 11 měsíců. Od 1 roku věku by dítě mělo dostávat 3 – 4 jídla denně s 1 – 2 výživnými svačinkami podle individuální potřeby dítěte (Gregora, Zákostelecká, 2006, s. 46). Ke konci 1. roku by mezi jednotlivými porcemi stravy neměl být interval delší než 3 – 3,5 hodiny. Předchozí jídlo je již stráveno a zvyšuje se chuť na další stolování. Energeticky vydatná jídla by se měla podávat dítěti ráno a v dopoledních hodinách (Kejvalová, 2005, s. 54). Nezdravé stravovací návyky s maximem jídla večer znamenají přísun energie v době, kdy ji již nepotřebujeme, a tím dochází k pokládání základů obezity.

Dalším bodem výzkumu bylo zjištění, v jakých časových intervalech jsou ke konci prvního roku věku dítěte podávány jednotlivé porce stravy. Na základě prvního třídění bylo zjištěno, že v celkovém vzorku 67 % dětí dostává stravu po 3 hodinách. Výjimku tvořilo podání stravy po 2 hodinách (3 %). Kategorie

po 1 a 5 hodinách ne zvolila žádná respondentka. Děti neustále pojídající tvoří poměrně početnou skupinu (18 %).

Následně byla hledána odpověď na otázku, zda existují rozdíly v četnosti podávaných porcí stravy mezi ženami s vyšším a nižším dosaženým vzděláním.

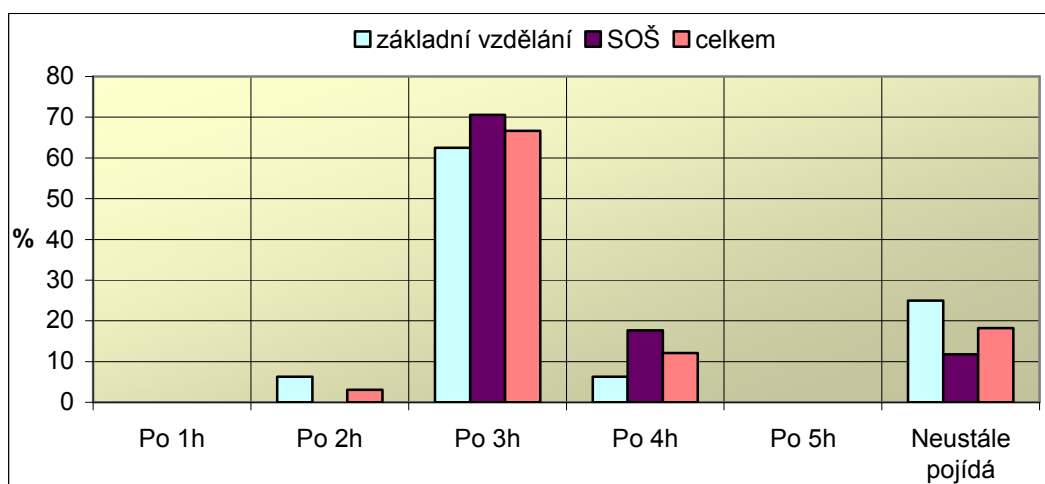
V kategorii „po 3 hodinách“ se výsledky skupin prakticky neliší. U žen s nižším vzděláním se po jednom případě (6 %) strava podává po 2 hodinách a po 4 hodinách. Čtvrtina matek své děti neustále krmí. Ženy se středním vzděláním podávají stravu ve třech případech (18 %) po 4 hodinách. Ve 12 % jejich děti mají neomezený přísun stravy.

Odchytky od výše zmiňované normy jsou u obou kategorií rovnoměrně rozloženy.

Tabulka 13 Četnost podávání porcí stravy během dne

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Po 1h	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Po 2h	1	6,25	0	0,00	1	3,03
Po 3h	10	62,50	12	70,59	22	66,67
Po 4h	1	6,25	3	17,65	4	12,12
Po 5h	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Neustále pojídá	4	25,00	2	11,76	6	18,18
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 13 Četnost podávání porcí stravy během dne



6.2.6 Přechod na nemléčnou stravu

Dostálová (2006) udává, prospívá-li dítě, má být ideálně plně kojeno do ukončeného 6. měsíce věku, případně i déle. Nejdříve na konci 4. a nejpozději na konci 6. měsíce je vhodné zařadit do stravy dítěte nemléčný příkrm.

Celostátní studie výživy dětí v prvním roce života prováděná v roce 2000 ukázala zavedení první nemléčné porce stravy ve formě zeleninového příkrmu v 5 měsících a 3 týdnech (Procházka, Halašková, Procházková, 2005, s. 32).

Ve 42 % respondentky správně odpovídají volbou varianty zavedení příkrmu po ukončeném 6. měsíci. 4 ženy (12 %) z celkového počtu by zavedlo příkrm již před 4. měsícem věku dítěte. 24 % uvedlo variantu po ukončeném 4. měsíci. 21 % matek by nemléčnou porci zavedlo při schopnosti polykat tužší stravu bez ohledu na věk a psychomotorickou vyspělost dítěte.

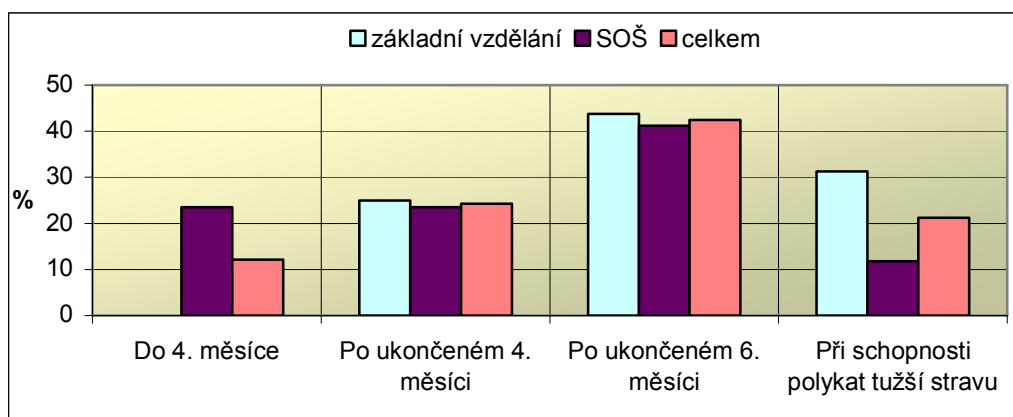
Ve vztahu ke vzdělání obě skupiny vykazují odchylky od normy. Ženy se základním vzděláním by správně zavedly příkrm v 44 %. 25 % by vhodné období vidělo po ukončeném 4. měsíci. Poslední variantu odpovědi preferuje 31 % těchto žen. Matky se středním vzděláním se v 24 % přiklání k nemléčné kojenecké stravě v období již před 4. měsícem.

Zavádění příkrmů dříve než v 5. měsíci nepřináší dítěti žádný užitek, naopak dítě dostává větší nabídku potencionálních alergenů a osmotická nálož těchto příkrmů zatěžuje ledviny (Frühauf, Nevorál, Paulová, 2003, s. 44).

Tabulka 14 Přechod na nemléčnou stravu

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Do 4. měsíce	0	0,00	4	23,53	4	12,12
Po ukončeném 4. měsíci	4	25,00	4	23,53	8	24,24
Po ukončeném 6. měsíci	7	43,75	7	41,18	14	42,42
Při schopnosti polykat tužší stravu	5	31,25	2	11,76	7	21,22
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 14 Přechod na nemléčnou stravu



6.2.7 Volba optimální potraviny pro první příkrm

Zavádění komplementární výživy je proces nabídky stravy s různou homogenitou, barvou, aromatem a vzhledem (Frühauf, 2006, s. 41).

Dostálová (2006) řadí zavádění příkrmů následovně: nejprve jednosložkové zeleninové pyrě, pak vícesložkové příkrmy zeleninové a masozeleninové, poté ovocné pyrě. V průběhu 6. měsíce je obvykle zaváděn další příkrm ve formě mléčné obilné kaše.

Respondentky měly na výběr z šesti druhů potravin, které se nejčastěji podávají. Pro zvětšení komfortu výběru mohly volit i kategorii „jiná potravina“ a doplnit odpověď slovně. Výsledky poukazují, že při hodnocení celého souboru jsou odpovědi v tabulce homogenně rozptýleny. Správnou odpověď v první kategorii zvolilo 31 % žen. Výrazný rozdíl nastává při porovnání souboru z hlediska dosaženého vzdělání. Při vyhodnocení položky zavedení obilné kaše s lepkem byla zjištěna pozitivní odpověď u 31 % matek. Ženy středoškolačky tuto verzi volily pouze v 6 %. Matky se SOŠ uvedly v 29 % správně jednodruhovou zeleninu, kdežto druhá skupina si variantu vybrala pouze ve 2 případech (13 %). U možnosti „jiná odpověď“ matky se SOŠ (24 %) uvedly: „polévka, „přibíňák“, přesnídávky“. V prvním a posledním případě se lze domnívat, že respondentky si nedokázaly přiřadit svou volbu k nabízeným kategoriím. Odpovědí „přibíňák“ matka své dítě zcela nevhodně a časně zatěžuje vysokou hodnotou tuku, bílkovin a těžkou stravitelností pokrmu. Při besedách v rámci sběru dat o zkoumaném vzorku jsme naráželi na nepatříčně brzké zavedení „dětské pochoutky“. Matky se mylně domnívaly, že je to určené již pro kojence

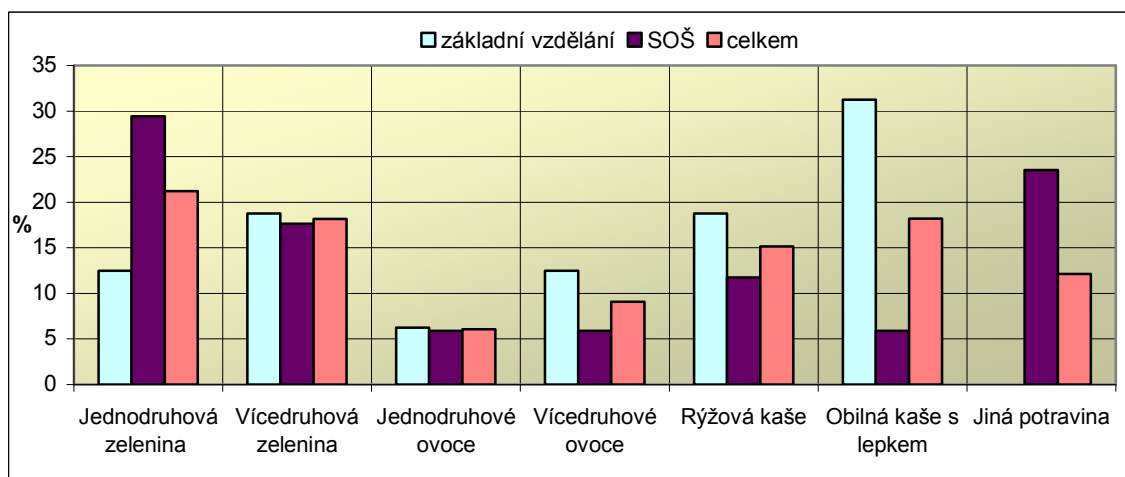
od 6. měsíce. Nedaly si do souvislosti, že potravina je vyrobená z tvarohu a ten je pro vysoký obsah bílkovin doporučován až od ukončeného roku věku.

Z průzkumu prováděného v roce 2001, který prezentuje Frühauf, Nevoral, Paulová (2003) ve své publikaci vyplývá, že 22 % kojenců před 5. měsícem života je podávána zelenina, 31 % ovoce a 6 % obilné kaše.

Tabulka 15 Volba potraviny pro první příkrm

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Jednodruhov \acute{a} zelenina	2	12,50	5	29,41	7	21,21
Vícedruhov \acute{a} zelenina	3	18,75	3	17,65	6	18,18
Jednodruhov \acute{e} ovoce	1	6,25	1	5,88	2	6,06
Vícedruhov \acute{e} ovoce	2	12,50	1	5,88	3	9,08
Rýžov \acute{a} kaše	3	18,75	2	11,76	5	15,15
Obiln \acute{a} kaše s lepkem	5	31,25	1	5,89	6	18,20
Jin \acute{a} potravina	0	0,00	4	23,53	4	12,12
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 15 Volba potraviny pro první příkrm



6.2.8 Obstarání kojenecké stravy

V doporučeních WHO je preferována domácí příprava nemléčných příkrmů jako levnější alternativa s použitím čerstvých surovin. I při pečlivém výběru surovin nelze garantovat vyhovující hygienickou a ekologickou kvalitu, která je pravidlem konzervovaných příkrmů (Frühauf, 2006, s. 30).

Na našem trhu existuje nepřeborné množství hotových příkrmů pro děti. Přestože podléhají přísným kontrolám, je zřejmé, že reklamy a doporučení na etiketách určující pro jakou věkovou kategorii jsou vhodné, nemusí souhlasit se současným názorem odborníků. Proto je při jejich výběru doporučována obezřetnost (Gregora, Paulová, 2005, s. 91).

Respondentky měly k dispozici varianty odpovědí typu: „domácí příprava“, „nákup“ a možnost „kombinace obojího“.

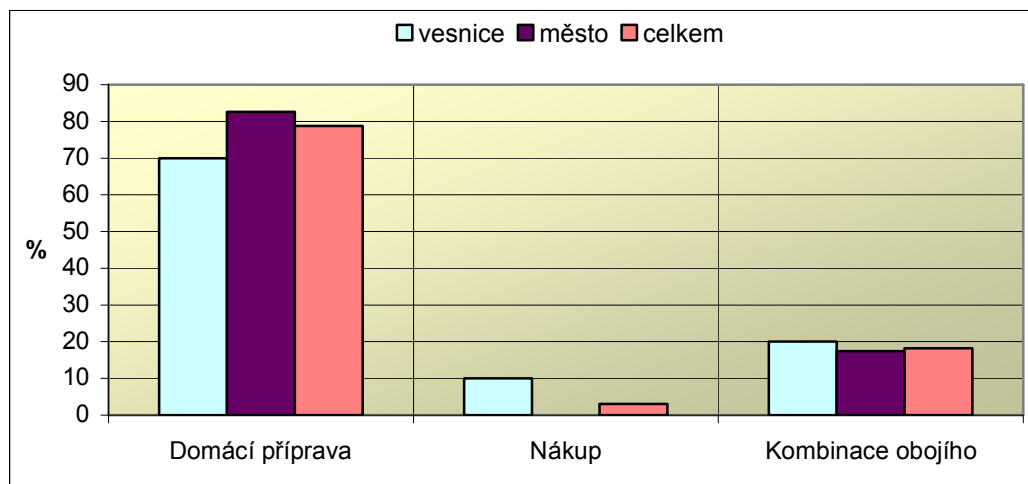
Hledali jsme odpověď na otázku, jak ženy kojeneckou stravu pro své dítě nejčastěji zajišťují nebo zajišťovaly. Z výsledků prvního třídění vyplývá, že 79 % žen preferuje domácí přípravu, pouze nákupem řešila tuto oblast 1 matka (3 %) a kombinací obou způsobů upřednostňuje 18 % respondentek.

Při rozčlenění souboru dle místa bydliště, většina žen z města (83 %) stravu dítěti připravuje doma, 4 matky (17 %) kombinují nákup a domácí přípravu. Žádná ze souboru pouze nenakupovala. Oproti tomu ženy z vesnice mají podobné výsledky v první a třetí kategorii, ve druhé volbě „pouze nákupem“ řešila jedna matka (10 %) zajištění kojenecké stravy.

Tabulka 16 Obstarání kojenecké stravy

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Domácí příprava	7	70,00	19	82,60	26	78,79
Nákup	1	10,00	0	0,00	1	3,03
Kombinace obojího	2	20,00	4	17,40	6	18,18
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 16 Obstarání kojenecké stravy



6.2.9 Preference čerstvých potravin před vyráběnými kojeneckými výživami

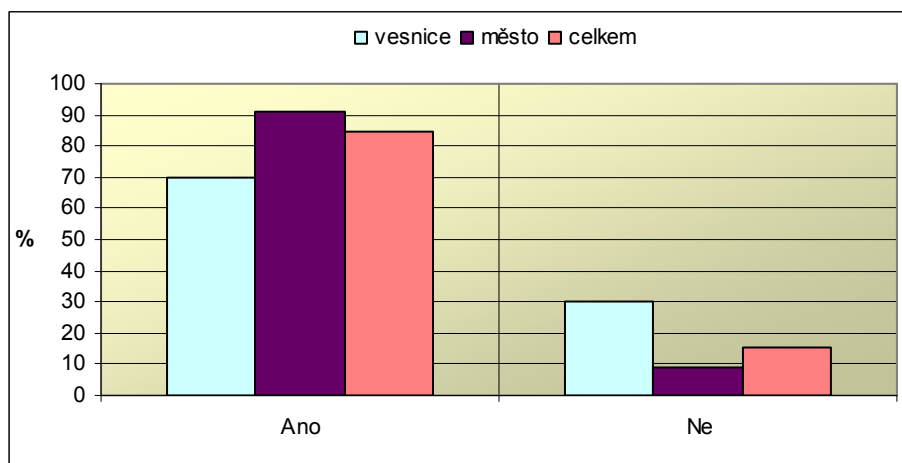
Z předložených dat vyplývá, že 85 % matek z celkového souboru preferuje čerstvé ovoce a zeleninu, pouze 15 % matek dává přednost vyráběné kojenecké výživě.

Z pohledu místa bydliště jasně kladou důraz matky z města v 91 % na čerstvost ovoce, pouhý zlomek (9 %) preferuje tepelně upravené ovoce či zeleninu. U žen z vesnice se tepelná úprava vyskytla v 30 %. U většiny (70 %) vítězí čerstvost.

Tabulka 17 Preference čerstvého ovoce a zeleniny nad vyráběnými kojeneckými výživami

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	7	70,00	21	91,30	28	84,85
Ne	3	30,00	2	8,70	5	15,15
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 17 Preference čerstvého ovoce a zeleniny nad vyráběnými kojeneckými výživami



6.2.10 Faktor ovlivňující koupi kojenecké výživy

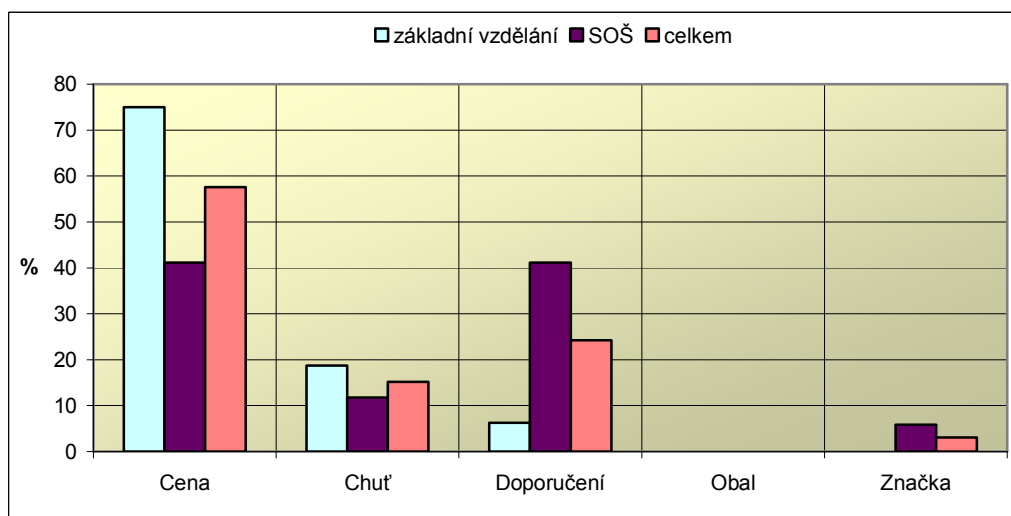
Na tuto položku ženy celkově reagovaly tak, zřejmě vzhledem k jejich finanční situaci, že v 58 % je nejdůležitějším faktorem cena kojenecké výživy. V pořadí dalším faktorem s 24 % je doporučení lékaře, následuje v 15 % chuť a pouze v jednom případě je motivačním prvkem značka. Kategorii „obal“ ženy neoznačily vůbec.

Pro ženy se základním vzděláním je cena v 75 % nejdůležitější. Ženy se SOŠ tuto kategorii volí v 41 %. Další rozdíl nastává v doporučení odborníkem. Pro matky se SOŠ (41 %) je doporučení důležitější. Matky se základním vzděláním volí tuto možnost okrajově (6 %).

Tabulka 18 Faktor ovlivňující koupi kojenecké výživy

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Cena	12	75,00	7	41,18	19	57,58
Chuť	3	18,75	2	11,76	5	15,15
Doporučení	1	6,25	7	41,18	8	24,24
Obal	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Značka	0	0,00	1	5,88	1	3,03
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 18 Faktor ovlivňující koupi kojenecké výživy



6.2.11 Přehled nejběžněji nakupovaných potravin

V poslední položce dotazníku měly respondentky vyhodnocovat pomocí 6 bodové škály zastoupení potravin, které se objevují v jejich domácnosti. Přičemž číslo 0 značí potraviny, které se v jejich domácnosti vůbec nevyskytují a číslo 5 potraviny denní spotřeby. Data získaná výzkumem jsme převedli do četnostní tabulky 19a a následně vizuálně zpracovali do grafu 19a. Pro snadnější orientaci v problematice jsme dopočítali průměrné hodnotící číslo u každé položky a hodnoty zpracovali do tabulky 19b a grafu 19b.

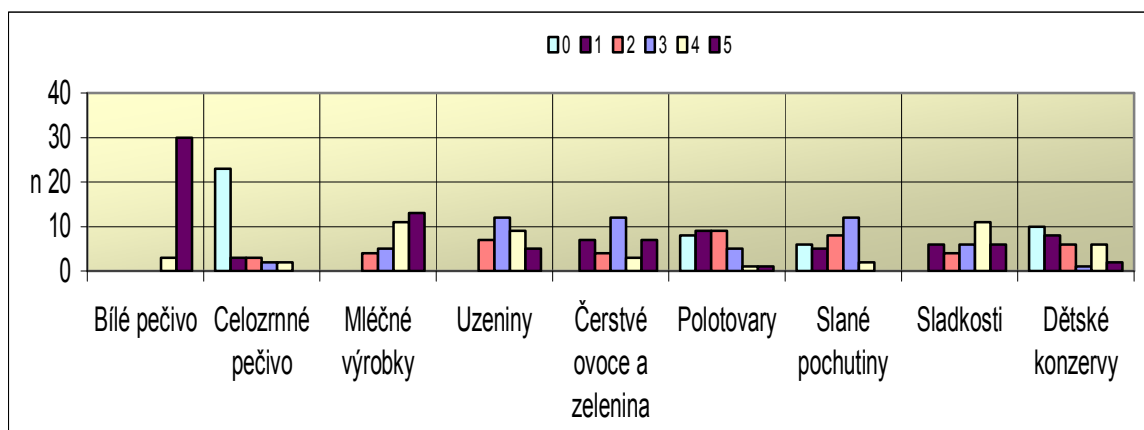
Nečastěji kupovanou potravinou je bílé pečivo, které je pro 30 matek předmětem denních nákupů. Naproti tomu tmavé pečivo není vůbec 23 matkami nakupováno. Mléčné výrobky zařazuje do denních nákupů 13 matek a žádná z nich neudává, že by se u nich vůbec nevyskytovaly. Uzeniny byly ve 12 případech hodnoceny číslem 3. Podobné výsledky byly přiřazeny ovoci a zelenině. Polotovary nejsou artiklem denních nákupů. Slané pochutiny dosáhly středních a nižších. Sladkosti velmi často kupuje 11 žen. Dětské konzervy nejsou běžným zbožím, které se vyskytuje v nákupním košíku předkládaného souboru.

Kofroň a kol. (2010) ve své analýze mezi roky 2006 až 2009 uvádí, že naturální spotřeba potravin a nápojů na osobu u domácností s minimálními příjmy se snížila v konzumaci zejména chleba a pečiva, patrně zvýšením cen výrobků. Došlo ke zvýšení spotřeby na osobu u masa a ryb. Naopak se snížila konzumace mléka. Rovněž došlo k poklesu konzumace většiny ovoce (citrusy, jablka a jádroviny, broskve, třešně, hrozny), vzrostla pak konzumace banánů a ostatního ovoce. Zvýšila se konzumace brambor, luštěnin a zeleniny. Spotřeba většiny nealkoholických i alkoholických nápojů se snížila.

Tabulka 19a Přehled nejběžněji nakupovaných potravin

Předkládaná položka	Hodnotící číslo						Celkem
	0	1	2	3	4	5	
Bílé pečivo	0	0	0	0	3	30	33
Celozrnné pečivo	23	3	3	2	2	0	33
Mléčné výrobky	0	0	4	5	11	13	33
Uzeniny	0	0	7	12	9	5	33
Čerstvé ovoce a zelenina	0	7	4	12	3	7	33
Polotovary	8	9	9	5	1	1	33
Slané pochutiny	6	5	8	12	2	0	33
Sladkosti	0	6	4	6	11	6	33
Dětské konzervy	10	8	6	1	6	2	33

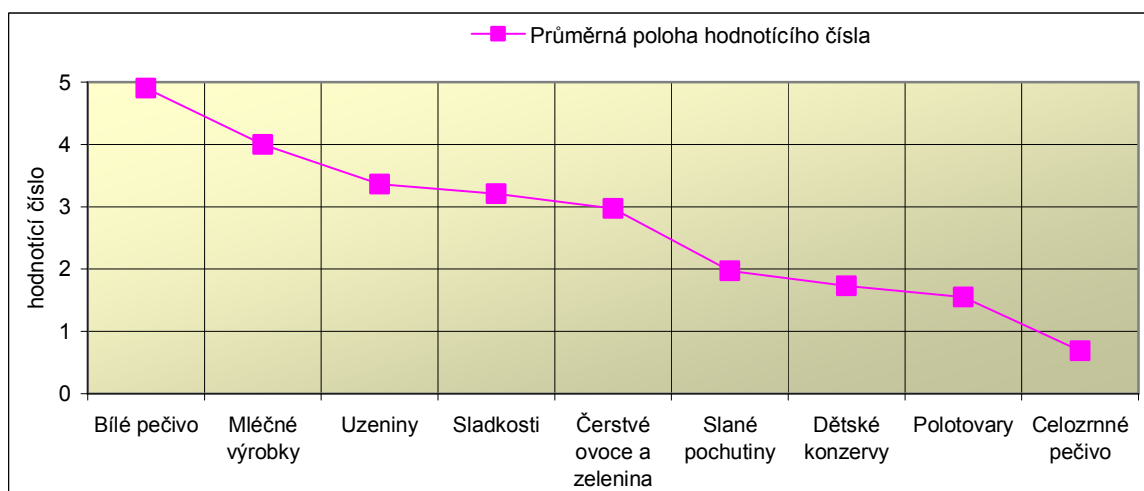
Graf 19a Přehled nejběžněji nakupovaných potravin



Tabulka 19b Sestupné řazení vybraných potravin

Předkládaná položka	Průměrná poloha hodnotícího čísla
	\bar{x}
Bílé pečivo	4,9
Mléčné výrobky	4,0
Uzeniny	3,36
Sladkosti	3,21
Čerstvé ovoce a zelenina	2,97
Slané pochutiny	1,97
Dětské konzervy	1,73
Polotovary	1,55
Celozrnné pečivo	0,69

Graf 19b Sestupné řazení vybraných potravin



6.2.12 Aktivity dítěte při stolování

Samostatnost dítěte při jídle se vytváří dlouho před tím, než se dítě skutečně nají alespoň částečně samo. První natahování ruček v 6 – 7 měsíci po tom, co jedí dospělí, není příznak hladu, ale touha napodobit činnost dospělých. Od chvíle, kdy dokáže bezpečně sedět a má 2 zuby, vložíme dítěti do ruky vlastní lžičku. Vždy má mít dítě připravené své jídlo – buď do ruky či běžný přírtek v nerozbitné misce. Dodržením těchto zásad můžeme sledovat jeho učení prostřednictvím pokusů a omylů (Illková, Nečasová, Vašíčková, 2005, s. 55).

Kudlová, Mydlilová (2005) zdůrazňuje, že dítě musí při jídle a pití sedět. Může jíst u dětského stolku nebo může sedět ve vhodné dětské stoličce u jídelního stolu.

Malé děti nejedí dobře, jestliže jsou unavené. Snížení aktivity nebo krátký odpočinek těsně před jídlem navozují lepší atmosféru. Jídlo se nepodává při sledování televize nebo při hře dítěte (Kejvalová, 2005, s. 54).

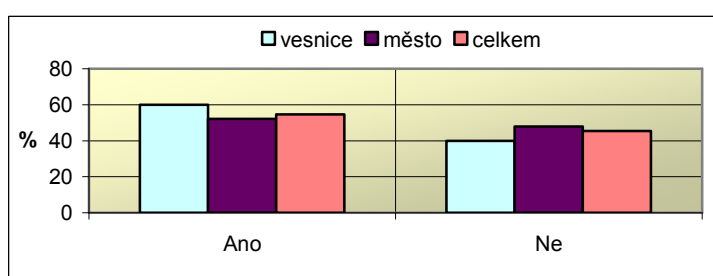
Frühauf (2006) ve svém příspěvku uvádí, že dítě kolem jednoho roku by mělo stolovat již s rodinou u stolu.

Cílem položky bylo objasnění, zda děti při jídle vyvíjí i jiné aktivity. V celkovém souboru kladně odpovědělo 55 % žen. U matek pocházejících z vesnice se 60 % z nich přiznalo k tomuto nešvaru. 48 % matek z města uvádí, že jejich děti jiné aktivity nevyvíjí.

Tabulka 20 Aktivity dítěte při jídle

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	6	60,00	12	52,17	18	54,55
Ne	4	40,00	11	47,83	15	45,45
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 20 Aktivity dítěte při jídle



6.2.13 Voda používaná pro přípravu kojenecké stravy

Je-li voda používaná z lokálních zdrojů, měla být vyšetřena z hlediska její vhodnosti a měla by se užívat pro účely přípravy kojenecké stravy převařená. Dnešním trendem je používat vodu balenou označenou přímo jako kojenecká voda nebo stolní voda vhodná pro kojence (Frühaufer, Nevoral, Paulová, 2003, s. 48).

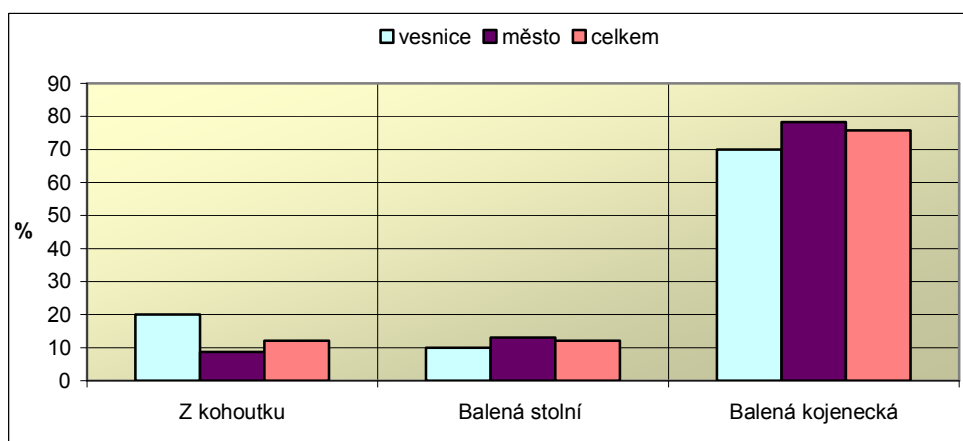
Z předkládaných dat vyplývá, že v celkovém souboru 76 % matek volilo pro přípravu kojenecké stravy balenou kojeneckou vodu. Shodná četnost odpovědí (12 %) byla u variant vody z kohoutku a balené stolní vody.

Při rozčlenění souboru vyšlo najevo, že 20 % žen z vesnice zvolilo vodu z kohoutku, oproti tomu ženy z města takto odpověděly pouze v 9 %.

Tabulka 21 Druh vody používané pro přípravu kojenecké stravy

Varianta odpovědi	vesnice		město		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Z kohoutku	2	20,00	2	8,70	4	12,12
Balená stolní	1	10,00	3	13,04	4	12,12
Balená kojenecká	7	70,00	18	78,26	25	75,76
Σ	10	100,00	23	100,00	33	100,00

Graf 21 Druh vody používané pro přípravu kojenecké stravy



6.2.14 Druh tekutiny podávané v kojeneckém věku

S přechodem na tuhou stravu se rychle rozšiřuje spektrum nápojů, podávaných nebo vyžadovaných dětmi. Rozvíjí se citlivost smyslových orgánů a schopnost rozlišovat kvalitu přijímaných nápojů. Dítě přirozeně preferuje sladkou

chuť, jelikož je ovlivněno složením mateřského mléka. Již u kojence lze zvýšit množství přijaté tekutiny jejím přislazením. Podávání slazených nápojů v kojeneckém věku není vhodné. Ovocné šťávy je vždy třeba ředit 1:1, čaje nedoslazovat (Fraňková, 2003, s. 24-25).

Při odpovídání na položku mohly matky volit opět více variant, aby výpovědní hodnota byla paušálně použitelná.

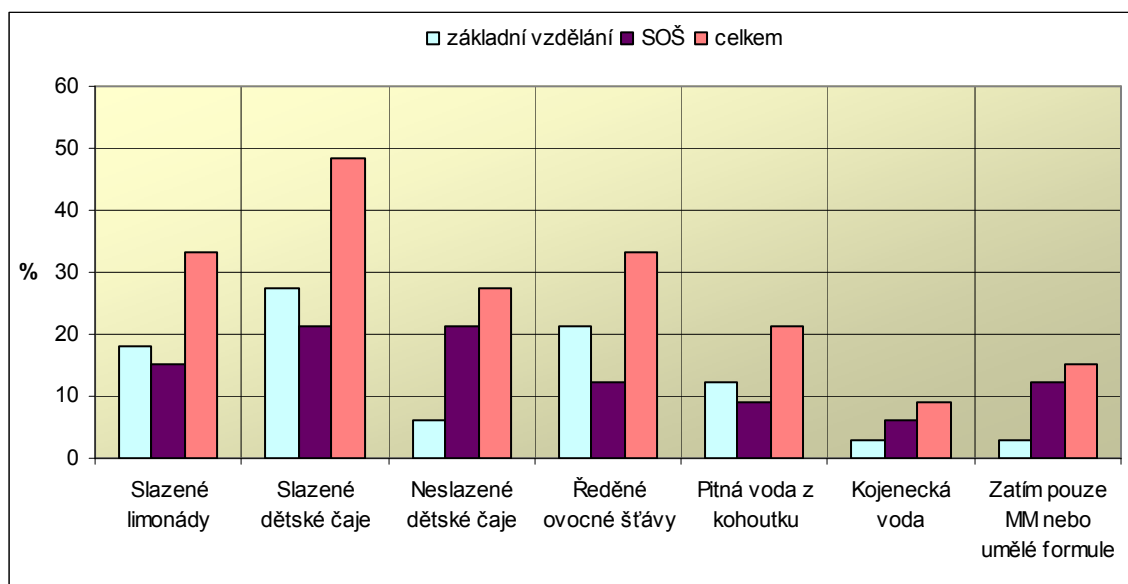
Z výsledků je patrné, že nejčastěji (49 %) se v pitném režimu dětí objevuje slazený ovocný čaj, poté v 33 % slazené limonády a ředěné ovocné šťávy. Teprve na 4. místě jsou voleny neslazené čaje. Pouze v 21 % zvolily pitnou vodu z kohoutku. 15 % matek uvádí u svých dětí ještě výhradně mléčné období bez přídavku jiné tekutiny. Pouze 9 % volí optimální nápoj kojenecké stravy, který by měl tvořit základ pitného režimu, kojeneckou vodu.

Ve srovnání matek vztaženém na vzdělání, došlo u matek se základním vzděláním k menší četnosti podávání neslazených čajů a naopak navýšení nabídky ředěných ovocných šťáv a slazených dětských čajů. Ostatní nápoje byly ve srovnání v podstatě stejnoměrně zastoupeny.

Tabulka 22 Druh tekutiny podávané v kojeneckém věku

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Slazené limonády	6	18,18	5	15,15	11	33,33
Slazené dětské čaje	9	27,27	7	21,21	16	48,48
Neslazené dětské čaje	2	6,06	7	21,21	9	27,27
Ředěné ovocné šťávy	7	21,21	4	12,12	11	33,33
Pitná voda z kohoutku	4	12,12	3	9,09	7	21,21
Kojenecká voda	1	3,03	2	6,06	3	9,09
Zatím pouze MM nebo umělé formule	1	3,03	4	12,12	5	15,15
Σ	33					

Graf 22 Druh tekutiny podávané v kojeneckém věku



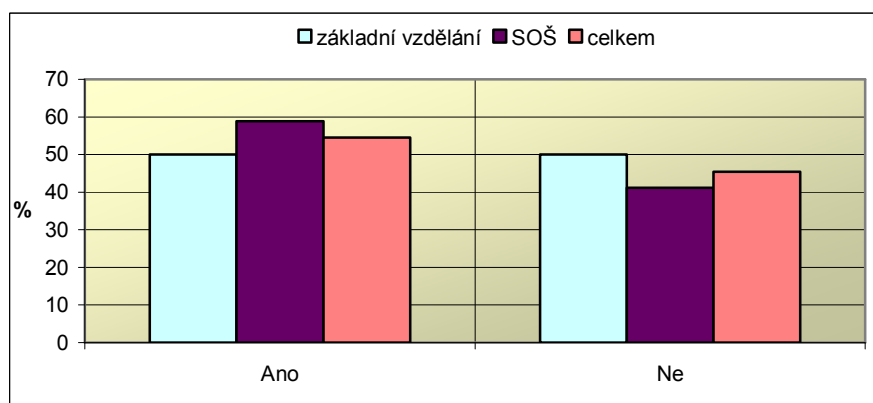
6.2.15 Suplementace vitamíny D a K

Na otázku v pravidelnosti podání vitamínu D a K u kojenců odpovědělo z celkového souboru 18 matek (55 %) kladně a 15 žen (45 %) záporně. Matky s vyšším vzděláním se v nepatrné míře chovaly vůči svým dětem zodpovědněji a doporučení praktických lékařů pro děti a dorost dodržely.

Tabulka 23 Podávání vitamínů u kojence

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	8	50,00	10	58,82	18	54,55
Ne	8	50,00	7	41,18	15	45,45
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 23 Podávání vitamínů u kojence



6.2.16 Výskyt potravinové alergie u kojenců

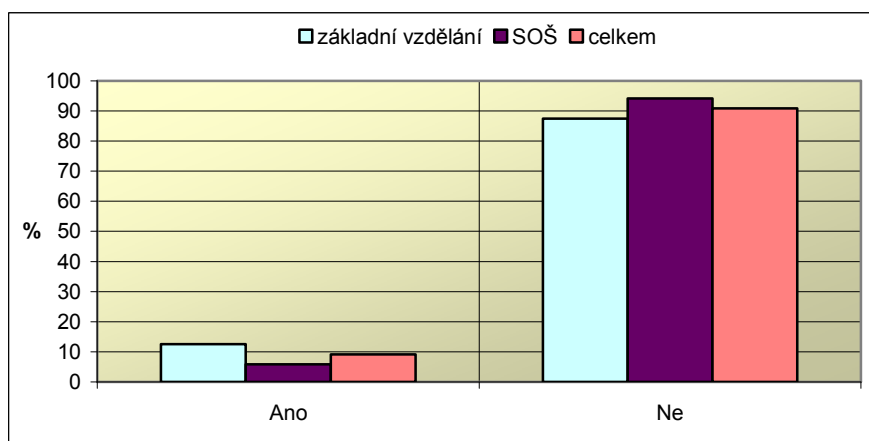
Dle Kejvalové (2005) se odhaduje, že alergiemi trpí asi 30% populace. V poledních desetiletích došlo k výraznému nárůstu alergických onemocnění u dětí. Pediatrické společnosti se snaží k problematice zaujmout stanovisko k postupům primární prevence. Za vysoce rizikové jsou posuzovány děti s jedním rodičem alergikem. Hlavní změnou je neomezování přijímaných alergenů u matek v době těhotenství a kojení, a také ve výživě dětí po 6. měsíci života. Je upřednostňováno výlučné kojení do 6. měsíce a v případě náhradní dětské výživy použití hydrolyzovaných formulí (Nováková, 2009, s. 36).

Ve vybraném vzorku se alergie vyskytla pouze v 9 %. Ve volných odpovědích matky uvádí alergie na ovoce obecně, kiwi a 1x na kopr. V 91 % se alergie nevyskytují. Z výsledků usuzujeme, že vztah alergie a vzdělanost matek spolu nesouvisí.

Tabulka 24 Výskyt potravinové alergie u dětí

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	2	12,50	1	5,88	3	9,09
Ne	14	87,50	16	94,12	30	90,91
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 24 Výskyt potravinové alergie u dětí



6.2.17 Dodržování zásad výživy dětí dle WHO

V roce 2002 přijalo Světové zdravotnické shromáždění Globální strategii výživy kojenců a malých dětí. Na jejím základě vypracovala WHO rámcová doporučení, které jsou rozčleněny do 10 okruhů. Zabývají se trváním výlučného kojení a věkem zavedení příkrmu, udržováním kojení, citlivou reakcí na potřeby dítěte při krmení, přípravou a uchováním příkrmu, potřebným množstvím příkrmu, konzistencí stravy, četností a energetickou hustotou jídel, obsahem živin v příkrmu, suplementací vitamínů nebo minerálů a krmením během a po nemoci (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 29-41).

V úvodu besedy v rámci motivace a seznámení s tématem byly ženy informovány o Světové zdravotnické organizaci, její strategii a doporučení týkající se výživy kojenců a malých dětí. Následně bylo přistoupeno k vyplnění dotazníků.

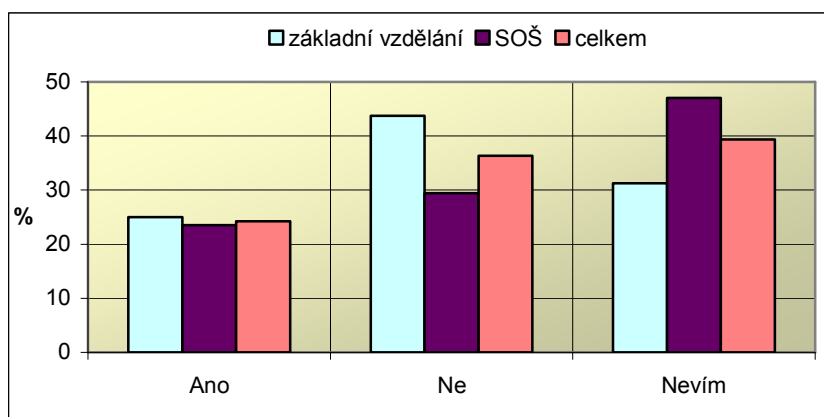
Respondentky mohly na otázku odpovědět 3 variantami odpovědí: „ano“, „ne“, „nevím“. Před vyhodnocením jsme předpokládali, že drtivá většina nebude znát WHO, a proto zvolí odpověď „nevím“. Po prvním třídění vyšlo najevo, že 24 % žen zásady dodržuje, 36 % ne a 39 % matek neví.

Při rozčlenění souboru dle vzdělání matky se středoškolským vzděláním ve 4 případech (24 %) uvádí, že zásady dodržují. Takřka polovina (47 %) přiznala neznalost. V 5 případech (29 %) matky doporučení nedodržují. Ženy se základním vzděláním se v 31 % vyslovily „nevím“, v 44 % zásady WHO nerespektují a ¼ z nich vyjadřuje „ano“.

Tabulka 25 Dodržování zásad WHO

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ano	4	25,00	4	23,53	8	24,24
Ne	7	43,75	5	29,41	12	36,37
Nevím	5	31,25	8	47,06	13	39,39
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 25 Dodržování zásad WHO



6.2.18 Měsíční finanční investice do dítěte

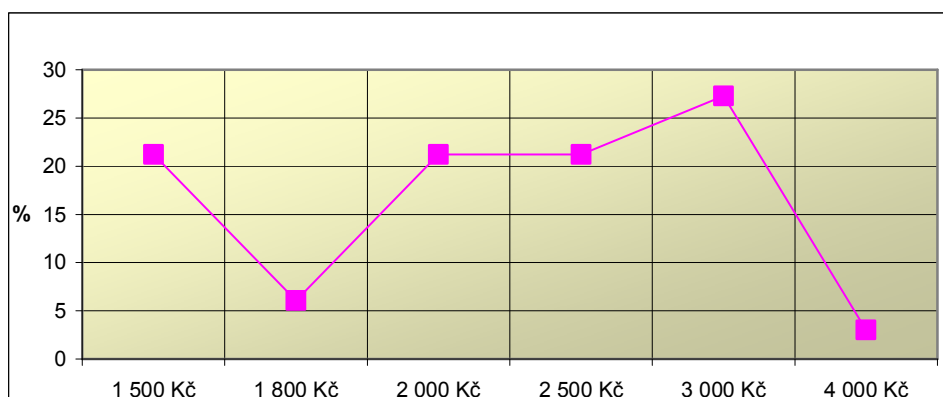
Položka dotazníku : „*Jaký finanční obnos průměrně měsíčně investujete do Vašeho nejmladšího dítěte (ošacení, kosmetika, pleny, hračky, strava,...)? Jaký podíl z Vámi uvedené částky tvoří přibližně suma za stravu dítěte?*“, byla pro přehlednost vyhodnocena ve dvou tabulkách (26a, 26b) a grafech (26a, 26b).

Výsledky šetření ukazují, že nejčastěji investovaný měsíční finanční obnos do nejmladšího dítěte u 27 % činí 3000 Kč. Ve 21 % uvedly matky částky 1500 Kč, 2000 Kč a 2500 Kč. 6 % žen musí vycházet s částkou 1800 Kč. 3 % žen má k dispozici 4000 Kč. **Průměrný přepočtený finanční obnos na dítě činí 2321 Kč.**

Tabulka 26a. Finanční obnos měsíčně investovaný do nejmladšího dítěte

Varianta odpovědi	n	%
1 500 Kč	7	21,21
1 800 Kč	2	6,06
2 000 Kč	7	21,21
2 500 Kč	7	21,21
3 000 Kč	9	27,28
4 000 Kč	1	3,03
Σ	33	100,00

Graf 26a. Finanční obnos měsíčně investovaný do nejmladšího dítěte



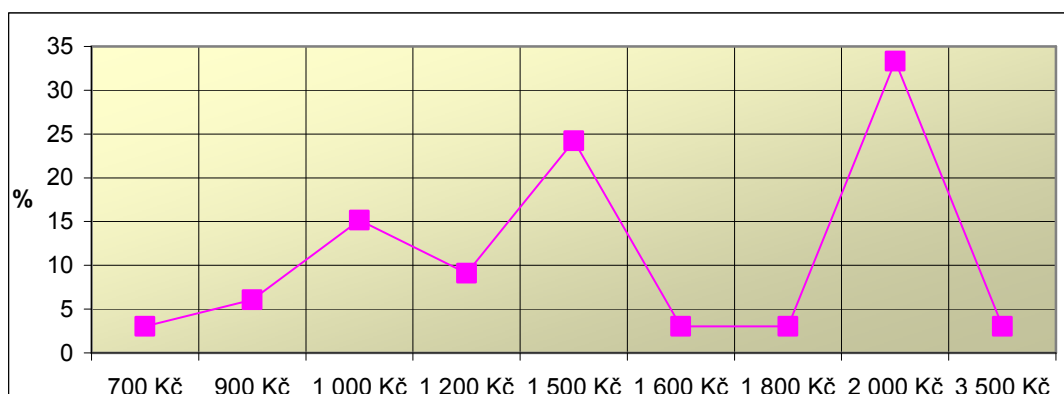
Následujícím hodnoceným datem byla částka investovaná pouze do stravy nejmladšího dítěte. Nejčteněji se matky shodly na částce 2 tisíc Kč v 33 %, následovala částka 1500 Kč ve 24 %, 15 % matek musí hospodařit s 1 tisícem Kč. Další méně se opakující hodnotou byla částka 1200 Kč, která tvoří 9 % zastoupení. Ostatní částky jsou tvořeny jednotlivci. **Průměrná** přepočtená měsíční finanční **částka** na dítě činí **1575 Kč**.

Při přepočtení částky 1575 Kč na den, při měsíci čítajícím 30 dní, vyplývá denní finanční obnos investovaný do stravy dítěte na pouhých **52,50 Kč**. V KÚ, kde používají normy na stravu dítěte od 0 – 3 let, během let 2009 – 2010 hospodaří s částkou 48 Kč/dítě/den. Tento obnos vychází z velkokapacitní přípravy kojenecké stravy, množstevních slev, které KÚ nabízí odběrové firmy, rabatů na mléčných výrobcích a lékárenských slev na dietetika (interní zdroje KÚ).

Tabulka 26b Měsíční částka investovaná do stravy nejmladšího dítěte

Varianta odpovědi	n	%
700 Kč	1	3,03
900 Kč	2	6,06
1 000 Kč	5	15,15
1 200 Kč	3	9,10
1 500 Kč	8	24,24
1 600 Kč	1	3,03
1 800 Kč	1	3,03
2 000 Kč	11	33,33
3 500 Kč	1	3,03
Σ	33	100,00

Graf 26b Měsíční částka investovaná do stravy nejmladšího dítěte



6.2.19 Finanční obnos osobní spotřeby

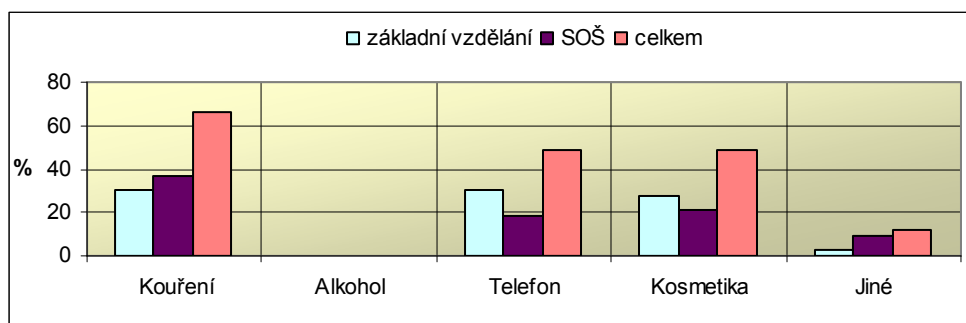
Pro zlepšení orientace jsme položku opět pro hodnocení rozdělili do dvou částí. První část poukazuje na způsob využití finanční částky osobní spotřeby a druhá část se zabývá její nominální hodnotou. V první části mohly matky využít vícečetné odpovědi.

Průzkumem bylo stanoveno, že celkem 67 % matek kouří. 49 % žen kryje z osobní spotřeby náklady na telefon a kosmetiku. 12 % zvolilo možnost „jiné“, kde shodně uvedly odpověď: „nic“. Rozdíly z hlediska vzdělání jsou v oblastech „telefon“ a „kosmetika“, kde jsou vícečetné odpovědi matek se základním vzděláním. Matkám se SOŠ ve více případech nezbyvají žádné prostředky pro osobní potřebu.

Tabulka 27a Způsob využití částky osobní spotřeby

Varianta odpovědí	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Kouření	10	30,30	12	36,36	22	66,66
Alkohol	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Telefon	10	30,30	6	18,18	16	48,48
Kosmetika	9	27,27	7	21,21	16	48,48
Jiné	1	3,03	3	9,09	4	12,12
Σ	33					

Graf 27a Způsob využití částky osobní spotřeby



V druhé části jsme vyhodnotily odpověď respondentek na nominální hodnotu částky osobní spotřeby.

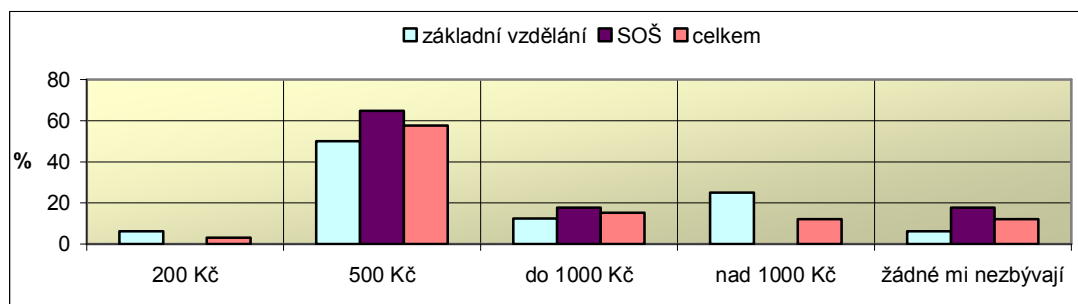
Z celého souboru 58 % žen vydává finanční obnos ve výši 500 Kč. Částku do 1 tisíce Kč doznalo 15 % žen. 12 % vydává na své potřeby více než 1 tisíc Kč. Stejně části (12 %) žádné finance nezbyvají. 1 matka (3 %) uvádí měsíční částku 200 Kč.

Z pohledu vzdělání nacházíme rozdíly. Matky se základním vzděláním uvádí vyšší náklady jak 1000 Kč v 25 %, kdežto ve druhé skupině není zastoupena jedinou matkou. Ženám se SOŠ v 18 % nezbyvají žádné prostředky pro osobní spotřebu, v opoziční skupině hodnota činí 6 %.

Tabulka 27b Měsíční částka osobní spotřeby matky

Varianta odpovědi	základní vzdělání		SOŠ		celkem	
	n	%	n	%	n	%
200 Kč	1	6,25	0	0,00	1	3,03
500 Kč	8	50,00	11	64,71	19	57,58
do 1000 Kč	2	12,50	3	17,65	5	15,15
nad 1000 Kč	4	25,00	0	0,00	4	12,12
žádné mi nezbyvají	1	6,25	3	17,64	4	12,12
Σ	16	100,00	17	100,00	33	100,00

Graf 27b Měsíční částka osobní spotřeby matky



7 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na výživová specifika dětí do jednoho roku. Cílem bylo zmapování dopadu nepříznivé socioekonomické situace matky na výživu dítěte do 1 roku. Cílová skupina byla tvořena 33 matkami s dětmi do 6 let věku využívajících služeb Azylových domů pro matky s dětmi v Pardubickém kraji.

Pro dokreslení životní situace žen s dětmi žijícími v provizorních, dočasných podmínkách, jsou v diplomové práci zpracovány dvě kazuistiky matek využívající pobytové služby Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Svitavách.

Každé období lidského vývoje má pozitivní i negativní dopady na rozvoj lidského jedince. Vzhledem k rychlosti růstu a dynamice rozvoje dítěte v prvním roce života, je pro zdraví prioritní kvalitní strava s vhodnou skladbou živin v adekvátním množství tak, aby nedocházelo ke karenci či nadbytku základních živin.

Předmětem zájmu byla přirozená výživa kojenců, také umělá výživa, problematika přechodu z výhradně mléčné stravy na stravu rodinou a finanční možnosti matek v socioekonomické nouzi.

Ve výzkumné části byly využity přednosti metody anonymního dotazníku, který byl mezi matkami v azylových domech distribuován v rámci edukačních besed zabývajících se problematikou výživy kojenců.

Ve výzkumném vzorku byly nejčteněji zastoupeny ženy ve věkovém rozmezí 30 – 35 let. 70 % z celkového počtu udává místo bydliště ve městě. Polovina repondentek dosáhla pouze základního vzdělání a druhá polovina bez jedné výjimky dosáhla SOŠ bez maturity. Věk dětí se v 33 % pohyboval mezi 1 – 2 roky. Polovinu reprezentačního vzorku tvořily svobodné matky, přibližně ¼ zastupovaly ženy vdané a rozvedené.

Finanční příjem většiny žen byl tvořen sociálními dávkami, a to v 97 % přídatkem na dítě, v 64 % rodičovským příspěvkem. Dávky pomoci v hmotné nouzi přiznává 52 % žen. Měsíční finance vztahované na jednoho člena domácnosti se v 30 % pohybují v rozmezí částky 3 – 3,5 tisíce Kč. V 18 % musí ženy hospodařit s částkou nižší než 2 tisíce Kč/osobu/měsíc.

Důvody vedoucí ženy k vyhledání azylového zařízení jsou v 42 % absence bytových podmínek, nevhodné podmínky pro výchovu dítěte ve 30 %. S předloženými důvody úzce souvisí finanční tíseň 36 % respondentek. U 24 % žen bylo příčinou vyhledání útočiště v azylovém domě domácí násilí.

V části zaměřené na **zmapování základních oblastí kojenecké výživy** lze poznatky shrnout následovně:

- 15 % matek se o kojeneckou výživu vůbec nezajímá nebo nezajímalo.
- Ačkoliv postoj respondentek ke kojení je v 72 % kladný, pouze 58 % z nich své děti kojí/kojilo, z toho 53 % jen do 1 - 3 měsíců. Kojení déle než 11 měsíců udržela pouhá pětina z těchto matek.
- 42 % žen zabezpečilo svým dětem výhradně mléčné období umělými formulami. 12 % matek ze sledovaného souboru je zcela nevhodně nahradilo kravským mlékem.
- V oblasti přechodu na nemléčnou stravu jsme se snažili zjistit znalost matek ohledně vhodné časové periody zavedení komplementární stravy. 42 % matek podávalo příkrm dle doporučení odborníků a v souladu se strategií WHO. Ovšem 58 % žen má mylné či zkreslené znalosti v této oblasti.
- Volba prvního druhu příkrmu se nese v duchu předávání rodinných či všeobecně zažitých doporučení, které při prvním kontaktu kojence s nemléčnou stravou přináší řadu chyb. Pouhá pětina z oslovených matek volila pro první příkrm jednodruhovou zeleninu. Vzhledem k jejich finanční situaci korespondoval náš předpoklad, že většina žen (79 %) bude nemléčnou stravu připravovat doma.
- Pozitivní zjištění nastalo u položky preference čerstvého ovoce a zeleniny nad tepelně upravenými. 84 % žen se přiklání k čerstvosti.
- Na výběru a nákupu kojenecké výživy má v 58 % vliv především cena výrobku.
- Při mapování běžně nakupovaných potravin v domácnostech těchto žen vyšlo najevo, že takřka všechny upřednostňují bílé pečivo před celozrnným. Velmi často nakupují mléčné výrobky, sladkosti a uzeniny. Ovšem čerstvé ovoce a zelenina nebyly voleny denním artiklem nákupů. Slané pochutiny a polotovary dosáhly také pouze středních hodnot volby.

- Oblasti pitného režimu dětí do 1 roku výsledky vykazují u poloviny matek zavádění slazených nápojů. Pouhá 1/5 matek podává/podávala kojenci pitnou vodu z kohoutku a jen 9 % volí optimálně kojeneckou vodu.
- Podávání vitamínu D a K standardně předepisovaných kojencům vykazuje negativní trend. 45 % matek doporučení pediatrů nedbá a profylaxi nepodává/nepodávalo.
- I přes značné rezervy a chyby v kojenecké výživě oproti normální populaci jsme na základě odpovědí matek zjistili, že 91 % dětí netrpí žádnou formou potravinové alergie.
- Dodržování zásad WHO koresponduje se zjištěnými fakty výzkumu. Dle reálných postupů matek, které byly odhaleny výzkumem, dodržovaly doporučení v menší míře než běžná populace. Tzn. 24 % žen uvedlo, že zásady dodržuje, 39 % matek neví a 36 % z nich odpovědělo, že doporučení nedodržuje.
- Poslední položky výzkumného šetření byly zaměřeny na finanční možnosti matek. Při zpracování výsledků jsme došli k závěru, že ženy hospodaří průměrně pouze s částkou 52,50 Kč na stravu jednoho dítěte na den.
- V oblasti osobní spotřeby žen je zajímavé zjištění, že 67 % kouří, přestože jejich finanční situace je neúnosná. Nejčteněji (58 %) měsíčně na své požitky vydávají částku 500 Kč.

Přestože výzkumný vzorek je pro statistickou analýzu málo početný a výsledky nelze paušálně aplikovat na matky v socioekonomické nouzi, je patrné, že oblast kojenecké výživy vykazuje značné odchylky, mýty a pochybení ze strany matek. Při besedách o kojenecké výživě v rámci sběru dat, jsme se setkali se značným ohlasem ze strany matek i personálu azylových domů. Beseda byla doplněna powerpointovou prezentací, kterou se zvýšila efektivita a atraktivnost edukace. Diplomová práce může být inspirujícím faktorem pro rozvoj vzdělávacího programu zaměřeného na edukaci matek v oblasti výchovy ke zdraví.

8 SOUHRN

Diplomová práce je zaměřena na výživová specifika dětí do jednoho roku. Cílem kvalifikační práce je zmapovat dopad nepříznivé socioekonomické situace matky na výživu dítěte do 1 roku, a to u klientek využívajících služeb Azylových domů pro matky s dětmi v Pardubickém kraji.

V práci jsou charakterizována jednotlivá období výživy kojenců a jejich specifika, typy sociálních zařízení poskytujících azylové služby a přehled sociálních dávek, které ženy v nepříznivé situaci mohou využít pro zabezpečení sebe a dětí.

Výzkumné šetření bylo provedeno u 33 matek dětí do 6 let užívajících azylové služby. Výzkum byl zaměřen na dodržování výživových doporučení kojenců, zásad správného stolování a možnosti finančního zabezpečení domácnosti těchto žen. V práci jsou zpracovány dvě kazuistiky matek využívajících pobytovou službu Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Svitavách. Kazuistiky poskytují dokreslení životních podmínek a jejich dopadů na rodiny v socioekonomické nouzi.

Vlastní výzkum byl realizován dotazníkovou metodou u cílové skupiny matek v azylových domech v Pardubickém kraji, konkrétně v Pardubicích, Svitavách, Žamberku a Koclířově. Průzkumného šetření probíhajícího v měsících prosinec 2010 a leden 2011 se zúčastnilo celkem 33 matek dětí různého věku.

9 SUMMARY

The diploma thesis deals with nutrition specifics of children under one year old. The aim is to outline effects of negative socio-economic situation of a mother on the child's nutrition. The research concentrated on mothers who use asylum home services in the Pardubice region.

The work characterises individual periods of infant nutrition and their specifics, types of social facilities that provide asylum services, and an overview of social welfare that the mothers use to provide for themselves and their children.

The research concentrated on thirty-three mothers and children under the age of six who use asylum home services. The research aimed at keeping nutrition recommendations, table manners, and financial security of the mothers. Cases of two mothers who use accommodation services of Parentless children's house in Svitavy are described in the work. The descriptions show living conditions and their impacts on socio-economically deprived families.

The research was carried out in the form of questionnaires filled in by mothers from asylum homes in the Pardubice region, particularly in Pardubice, Svitavy, Žamberk and Koclířov. In total, thirty-three mothers filled in the questionnaires in December 2010 and January 2011.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

BIBLIOGRAFIE:

1. CRAMM, D. *Vaříme pro kojence*. 1.vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003, 64 s. ISBN 80-7181-875-5
2. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie – vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999, 284 s. ISBN 80-7169-254-9
3. FORŠT, J., *Bio i nebio zdravá výživa*. Praha: IFP, 2008, 159 s. ISBN 978-80-903997-1-6
4. FOŘT, P., *Moderní výživa pro děti*. Praha: METRAMEDIA, 2000, 229 s. ISBN 80-238-5498-4
5. FOŘT, P., *Aby dětem chutnalo; Současná výživa pro kojence, batolata a děti předškolního věku*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2008, 240 s. ISBN 978-80-249-1047-5
6. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, A. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003, 256 s. ISBN 80-246-0548-1
7. FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. 1. vyd. Praha: HZ Editio, 2000, 198 s. ISBN 80-86009-32-7
8. FRÜHAUF, P., NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa novorozenců a kojenců, Současný pohled*. 1.vyd. Šumperk: Solen pro Nestlé Česko s.r.o., 2003, 80.s. ISBN 80-239-2011-1
9. GREGORA, M. *Výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 96 s. ISBN 80-247-9022-X
10. GREGORA, M, ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 164 s. ISBN 80-247-1514-7
11. GREGORA, M., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005, 148 s. ISBN 80-247-1291-1
12. HANREICH, I. *Jídlo a pití malých dětí*. Praha: Grada, 2001, 108 s. ISBN 80-247-0100-6
13. HORA, O., KOFROŇ, P., SIROVÁTKA, T. *Příjmová chudoba a materiální deprivace v České republice s důrazem na situaci dětí podle výsledků šetření SILC*. 1.vyd. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008, 67 s. ISBN 978-80-7416-002-8
14. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatrie*. 1.vyd. Praha: Galen, 2002, 767 s. ISBN 80-7262-178-5

15. HRSTKOVÁ, H. a kol. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2003, 77 s. ISBN 80-7013-385-6
16. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-1369
17. ILLKOVÁ, O., NEČASOVÁ, L., VAŠÍČKOVÁ, Z. *Zdravá výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 200.s. ISBN 80-7367-030-5
18. KEJVALOVÁ, L. *Výživa dětí od A do Z*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2005, 160 s. ISBN 80-7021-773-1
19. KEJVALOVÁ, L. *Výživa dětí od A do Z 2*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2010, 144 s. ISBN 978-80-7021-993-5
20. KOFROŇ, P. a kol. *Trendy v příjmech, vydáních a spotřebě domácností s nízkými příjmy a dětmi podle statistiky rodinných účtů v letech 2006 - 2009*. 1.vyd. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010, 72 s. ISBN 978-80-7416-068-4
21. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 148 s. ISBN 80-247-1039
22. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 136 s. ISBN 80-247-0736-5
23. LÉBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2003, 248 s. ISBN 80-7262-207-2
24. MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, 269 s. ISBN 80-7184-867-0
25. NEVORAL, J. a kolektiv. *Výživa v dětském věku*. 1. vyd. Jinočany: H&H, 2003, 433 s. ISBN 80-7319-024-9
26. SCHREIBER, M. a kol. *Funkční somatologie*. 1.vyd. Praha: H&H, 1998, 467 s. ISBN 80-86022-28-5
27. STREJČKOVÁ, A. et al. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 2007, 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0
28. ŠŤASTNÁ, A. *Neúplné rodiny v České republice a vybraných evropských zemích*. 1. vyd., Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009, 131 s. ISBN 978-80-7416-038-7
29. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie*. 2. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 2000, 247 s. ISBN 80-85427-87-7
30. ZAND, j., WALTON, R., ROUNTREE, B. *Velká kniha zdraví dítěte*. Olomouc: Votobia, 1997, 491 s. ISBN 80-7198-327-6

BROŽURY, NEPRODEJNÝ VÝTISK, PERIODIKA:

1. Azylový dům pro matky s dětmi. Oblastní spolek ČČK Svitavy, Interní dokumenty a Výroční zpráva 2009
2. Azylový dům pro matky s dětmi v nouzi. „Náš domov“ Koclířov, o.s., Interní dokumenty a Výroční zpráva 2009
3. BRONSKÝ, J. Význam aminokyselin ve výživě dítěte. *In Vox pediatrics*, 2009, roč. 9, č. 7, s. 23-24. ISSN: 1213-2241
4. BURIANOVÁ, I. Lipidy a jejich význam v novorozeneckém a časném kojeneckém období. *In Vox Pediatrics*, 2006, roč. 6, č. 2, s. 40-42. ISSN: 1213-2241
5. DĚDEK, M., STOŽICKÝ, F. Pověry a mýty o kojenecké výživě. *In Československá pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 6, s. 307-310. ISSN: 0069-2328.
6. Domov pro matky s dětmi v tísní. CEMA Žamberk, o.s., Interní dokumenty
7. DOSTÁLOVÁ, J. Význam obilovin (cereálií) ve výživě dětí. *In Vox Pediatrics*, 2006, roč. 6, č. 2, s. 45. ISSN: 1213-2241
8. DRBOHLAV, J., DĚDEK, M. Mýty a skutečnost mléčné kojenecké a dětské výživy. *In Vox Pediatrics*, 2006, roč. 6, č. 3, s. 38-39. ISSN: 1213-2241
9. FRAŇKOVÁ, S. Vybrané kapitoly z psychologie výživy. 8. Psychologický pohled na pití u dětí a dospívajících. *In Výživa a potraviny*, 2003, roč. 58, č. 2, ISSN: 1211-846X
10. FRÜHAUF, P. Trendy ve výživě dětí po 6. měsíci života. *In Pediatrie pro praxi*, 2006, roč. 7, č. 1, s. 40-42. ISSN: 1213-0494
11. FRÜHAUF, P. Umělá mléčná kojenecká výživa. *In Praktické lékařství*, 2009, roč. 5, č. 2, s. 88-90. ISSN: 1801-2434
12. FRÜHAUF, P. Vlákna v dětské výživě. *In Pediatrie pro praxi*, 2007, roč. 8, č.1, s. 12-16. ISSN: 1213-0494
13. FRÜHAUF, P. *Výživa kojence*. Příloha časopisu *In Pediatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008. 34 s. ISBN 1213-0494
14. FRÜHAUF, P. Výživa fyziologického kojence. *In Pediatrie po promoci*. 2005, roč. 2, č. 5, s. 44-49. ISSN: 1214-6773
15. FRÜHAUF, P. Zavádění nemléčné výživy kojencům. *In Sanquis*, 2006, č. 48, s. 28-30. ISSN: 1212-6535
16. Kojenecký ústav a dětský domov Svitavy. Interní dokumenty KÚ a DD

17. KUCHYŇKOVÁ, I. *Sociální a vzdělávací programy v domovech pro matky s dětmi v tísní*. Brno: Masarykova univerzita. Institut mezioborových studií, 2000. 146 s.
18. Městský azylový dům pro ženy a matky s dětmi – krizová pomoc. SKP-CENTRUM, o.p.s. Pardubice, Interní dokumenty a Výroční zpráva 2009
19. NEVORAL, J. Historie umělé výživy. *In Čtvrtletní noviny Nutricia BABYFOOD*, březen 2006, mimořádné vydání pro pracovníky ve zdravotnictví, s. 3-4.
20. NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. Praha: SZÚ, 2007. 28 s. ISBN 978-80-7071-286-3
21. NOVÁKOVÁ, D. Riziko rozvoje alergických onemocnění v dětském věku - role současné výživy pro stanovení vyvážené slizniční imunity zažívacího traktu. *In Vox pediatrics*, 2009, roč. 9, č.7, s. 36-38. ISSN 1213-2241
22. PAULOVÁ, M. Složení mateřského mléka a význam jeho složek. *In Vox pediatrics*, 2008, roč. 8, č. 6 , s. 40-41. ISSN: 1213-2241
23. PERLÍN, C. Výživová potřeba kojenců a správné stravovací návyky kojenců a batolat. *In Vox pediatrics*, 2008, roč. 8, č. 6, s. 37-38. ISSN: 1213-2241
24. PROCHÁZKA, B., HALAŠKOVÁ, H., PROCHÁZKOVÁ, M. Výživa dětí v prvním roce života. *In Vox pediatrics*, 2005, roč. 5, č. 10, s. 32-36. ISSN 1213-2241
25. TLÁSKAL, P. Historie a současnost počáteční dětské výživy. *In Pediatrice pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 2, s. 86-90. ISSN: 1213-0494.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

1. Azylový dům pro matky s dětmi v nouzi Koclířov. [online]. [cit. 2010-30-11]. Dostupné na WWW: <http://www.nasdomov.wz.cz>
2. Azylový dům pro matky s dětmi Svitavy. [online]. [cit. 2010-10-12]. Dostupné na WWW:<http://www.svitavy.cz/cckriz>
3. BRURHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., PECHANOVÁ, M. *Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do 3 let věku*. Praha: VÚPSV, 2005 [online]. [cit. 2010-20-12]. Dostupné na WWW: <http://www.vupsv.cz>

4. Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti v roce 2009. [online]. [cit. 2010-20-11]. Dostupné na WWW: http://www.uzis.cz/taxonomy_rtn/term/99
5. Domov pro matky s dětmi v tísni Žamberk. [online]. [cit. 2010-08-12]. Dostupné na WWW: <http://www.pohoda.org>
6. FRÜHAUF, P. *Alternativní výživa dětí*. [online]. [cit. 2011-15-01]. Dostupné na WWW: <http://www.pediatricpropraxi.cz>
7. FRÜHAUF, P. *Komplementární výživa kojenců a batolat*. *Pediatric po promoci*, 2004, roč. 1, č. 2, s. 42-45 [online]. [cit. 2010-15-10]. Dostupné na WWW: <http://www.tribune.cz>
8. FRÜHAUF, P. *Trendy ve výživě dětí po 6. měsíci života*. *Pediatric pro praxi*, 2006, č. 1, s. 40-42. [online]. [cit. 2011-15-01]. Dostupné na WWW: <http://www.pediatricpropraxi.cz>
9. HAMMEROVÁ, Z. *Kojenecký ústav*. [online]. [cit. 2010-20-10]. Dostupné na WWW: <http://www.svitavy.cz/zdr/kojenak.htm>
10. *Kojení*. [online]. [cit. 2010-17-10]. Dostupné na WWW: <http://www.kojeni.cz>
11. Městský azylový dům pro ženy a matky s dětmi – krizová pomoc Pardubice. [online]. [cit. 2011-10-01]. Dostupné na WWW: <http://www.skp-centrum.cz>
12. MYDLILOVÁ, A. *Přirozená výživa novorozence – kojení – hlavní zásady*. *Pediatric pro praxi*, 2003, č. 3, s. 128-132 [online]. [cit. 2010-20-11]. Dostupné na WWW: <http://www.pediatricpropraxi.cz>
13. *Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011*. [online]. [cit. 2010-20-11]. Dostupné na WWW: <http://www.ohrozenedite.cz>
14. *Otevření resocializačního centra pro matky s dětmi*. [online]. [cit. 2010-03-11]. Dostupné na WWW: <http://www.nasetelevize.cz/view.php?cisloclanku=2010110002>
15. PRAVEC, J., KREJČÍ, M. Kolik stojí naše děti. [online]. [cit. 2010-23-09]. Dostupné na WWW: <http://www.ekonom.ihned.cz>
16. Sociální dávky. [online]. [cit. 2011-07-02]. Dostupné na WWW: <http://mpsv.cz>
17. Výživa dětí. [online]. [cit. 2010-17-10]. Dostupné na WWW: <http://www.vyzivadeti.cz>

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR – Česká republika

WHO – Světová zdravotnická organizace

OSN – Organizace spojených národů

UNICEF - Dětský fond Organizace spojených národů

ESPGAN - Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii a výživu

EHS – Evropské hospodářské společenství

EU – Evropská unie

OSPOD – oddělení sociálně právní ochrany dětí

KÚ – kojenecký ústav

DD – dětský domov

PPM – peněžitá

KV – komplementární výživa

GIT – gastrointestinální trakt

CNS – centrální nervová soustava

MM – mateřské mléko

Ca – vápník

Co - kobalt

Cu – měď

I – jód

F - fluor

Fe – železo

Mn – mangan

Mg – hořčík

Mo - molibden

Na – sodík

Ni - nikl

P – fosfor

S – síra

Se - selen

Zn – zinek

m.j. – mezinárodní jednotka

12 SEZNAM OBRÁZKŮ, SCHÉMAT, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Polohy při kojení

Obrázek 2 Vztah struktur prsu a dutiny ústní dítěte

Obrázek 3 Správné a nesprávné přisátí dítěte

Obrázek 4 Kojenecký ústav a dětský domov Svitavy

Schéma 1 Doporučovaný systém dětské výživy v prvním tisíciletí našeho letopočtu

Schéma 2 Průměrná denní spotřeba vody u kojenců za běžných podmínek

Schéma 3 Doporučené dávky vitamínů pro kojence

Schéma 4 Doporučené dávka minerálů a stopových prvků pro kojence

Schéma 5 Vývoj jídelních dovedností a typy jídel

Schéma 6 Energetická hodnota komplementární výživy

Schéma 7 Vhodné potraviny pro KV

Schéma 8 Částky životního a existenčního minima (na měsíc)

Schéma 9 Přídavek na dítě

Schéma 10 Délka čerpání, výše výměry a moment volby variant rodičovského příspěvku

Tabulka 1 Věk respondentek

Tabulka 2 Počet dětí

Tabulka 3 Věk nejmladšího dítěte

Tabulka 4 Rodinný stav

Tabulka 5 Zdroj finančních prostředků

Tabulka 6a Měsíční finanční rozpočet vztažený na celou domácnost

Tabulka 6b Měsíční finanční obnos přepočítaný na 1 člena domácnosti

Tabulka 7 Důvod pobytu v sociálním zařízení

Tabulka 8 Délka pobytu v sociálním zařízení

Tabulka 9 Zdroj informací o kojenecké stravě

Tabulka 10a Plné kojení

Tabulka 10b Délka kojení

Tabulka 11 Upřednostňování kojení před umělou stravou
Tabulka 12 Zajištění plné mléčné kojenecké stravy
Tabulka 13 Četnost podávání porcí stravy během dne
Tabulka 14 Přechod na nemléčnou stravu
Tabulka 15 Volba potravin pro první příkrm
Tabulka 16 Obstarání kojenecké stravy
Tabulka 17 Preference čerstvého ovoce a zeleniny nad vyráběnými kojeneckými výživami
Tabulka 18 Faktor ovlivňující koupi kojenecké výživy
Tabulka 19a Přehled nejběžněji nakupovaných potravin
Tabulka 19b Sestupné řazení vybraných potravin
Tabulka 20 Aktivity dítěte při jídle
Tabulka 21 Druh vody používané pro přípravu kojenecké stravy
Tabulka 22 Druh tekutiny podávané v kojeneckém věku
Tabulka 23 Podávání vitamínů u kojence
Tabulka 24 Výskyt potravinové alergie u dětí
Tabulka 25 Dodržování zásad WHO
Tabulka 26a Finanční obnos měsíčně investovaný do nejmladšího dítěte
Tabulka 26b Měsíční částka investovaná do stravy nejmladšího dítěte
Tabulka 27a Způsob využití částky osobní spotřeby
Tabulka 27b Měsíční částka osobní spotřeby matky

Graf 1 Věk respondentek

Graf 2 Počet dětí

Graf 3 Věk nejmladšího dítěte

Graf 4 Rodinný stav

Graf 5 Zdroj finančních prostředků

Graf 6a Měsíční finanční rozpočet vztažený na celou domácnost

Graf 6b Měsíční finanční obnos přepočítaný na 1 člena domácnosti

Graf 7 Důvod pobytu v sociálním zařízení

Graf 8 Délka pobytu v sociálním zařízení

Graf 9 Zdroj informací o kojenecké stravě

Graf 10a Plné kojení

Graf 10b Délka kojení

- Graf 11 Upřednostňování kojení před umělou stravou
- Graf 12 Zajištění plné mléčné kojenecké stravy
- Graf 13 Četnost podávání porcí stravy během dne
- Graf 14 Přechod na nemléčnou stravu
- Graf 15 Volba potravin pro první příkrm
- Graf 16 Obstarání kojenecké stravy
- Graf 17 Preference čerstvého ovoce a zeleniny nad vyráběnými kojeneckými výživami
- Graf 18 Faktor ovlivňující koupi kojenecké výživy
- Graf 19a Přehled nejběžněji nakupovaných potravin
- Graf 19b Sestupné řazení vybraných potravin
- Graf 20 Aktivity dítěte při jídle
- Graf 21 Druh vody používané pro přípravu kojenecké stravy
- Graf 22 Druh tekutiny podávané v kojeneckém věku
- Graf 23 Podávání vitamínů u kojence
- Graf 24 Výskyt potravinové alergie u dětí
- Graf 25 Dodržování zásad WHO
- Graf 26a Finanční obnos měsíčně investovaný do nejmladšího dítěte
- Graf 26b Měsíční částka investovaná do stravy nejmladšího dítěte
- Graf 27a Způsob využití částky osobní spotřeby
- Graf 27b Měsíční částka osobní spotřeby matky

13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník – azylový dům

Příloha 2 Dotazník – identifikační údaje

Příloha 3 Pozvánka

Příloha 4 Záznamový arch - kojenecký ústav

Příloha 5 Kojenecká výživa – powerpointová prezentace

Příloha 6 Fotodokumentace

Příloha 1

Vážená slečno/paní,

Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na dopad Vaší socioekonomické situace na výživu svého dítěte.

Vaše **upřímné odpovědi** budou námětem k zamyšlení a využití ke zlepšení poradenství v oblasti výživy dětí do 1 roku věku s ohledem na tíživou socioekonomickou situaci.

Vámi poskytnuté údaje budou zpracovány v diplomové práci, která se danou problematikou zabývá.

Dotazník je **anonymní**. Prosim Vás o **pravdivé zodpovězení otázek**. Vámi zvolené odpovědi prosím zakřížkujte (**X**), popřípadě dopište Vaši stručnou odpověď.

Zuzana Kršková, studentka V. ročníku kombinovaného studia Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SOŠ na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

I. Identifikační údaje

1. Váš věk:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> do 20 let | <input type="checkbox"/> 25 – 30 let | <input type="checkbox"/> 35 a více let |
| <input type="checkbox"/> 20 – 25 let | <input type="checkbox"/> 30 – 35 let | |

2. Počet dětí:.....

3. Věk Vašeho nejmladšího dítěte (měsíce):.....

4. Rodinný stav:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> svobodná | <input type="checkbox"/> vdaná | <input type="checkbox"/> rozvedená |
| <input type="checkbox"/> vdova | <input type="checkbox"/> družka | |

5. Trvalé bydliště:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> město | <input type="checkbox"/> vesnice |
|--------------------------------|----------------------------------|

6. Dosažené vzdělání:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> základní | <input type="checkbox"/> SŠ s maturitou, vyšší odborné |
| <input type="checkbox"/> SŠ bez maturity (vyučen) | <input type="checkbox"/> vysokoškolské |

7. V současné době finanční prostředky získáváte (možnost více odpovědí):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> plat, invalidní důchod | <input type="checkbox"/> příspěvek na dítě |
| <input type="checkbox"/> podpora v nezaměstnanosti | <input type="checkbox"/> sociální příspěvek |
| <input type="checkbox"/> výživné na dítě | <input type="checkbox"/> příspěvek na bydlení |
| <input type="checkbox"/> porodné | <input type="checkbox"/> dávky pomoci v hmotné nouzi |
| <input type="checkbox"/> peněžité pomoci v mateřství | (příspěvek na živobytí, doplatek na |
| <input type="checkbox"/> rodičovský příspěvek | bydlení a mimořádná okamžitá pomoc) |

8. Váš měsíční finanční rozpočet po sečtení všech příjmů činí:.....Kč

Příloha 1

9. Důvod pobytu v sociálním zařízení (možnost více odpovědí):

- žádné bytové podmínky pro výchovu dítěte
- nevhodné bytové podmínky pro výchovu dítěte
- domácí násilí
- finanční tíseň
- jiné:doplňte).....

10. Délka pobytu v sociálním zařízení (měsíce):.....

II. Odborná část

11. Od koho získáváte/získávala jste ucelené informace o kojenecké stravě? (možnost více odpovědí)

- rodina, kamarádky
- zdravotnický personál (dětský lékař, sestra)
- letáky, časopisy, internet
- nezajímám se

12. Kojíte nebo kojila jste plně Vaše dítě?

- ANO - po jakou dobu (uvedte věk dítěte v měsících).....
- NE

13. Upřednostňujete/upřednostňovala jste při výživě kojence přirozenou stravu (kojení) před přípravou umělé stravy?

- ANO
- NE

14. Z hlediska Vašich osobních a finančních možností jste plnou mléčnou stravu dítěte zajistila či zajišťujete:

- kojením
- kupováním umělé kojenecké stravy (Sunar, Beba, Nutrilon...atd.)
- podáváním kravského mléka

15. Jak často během dne podáváte/podávala jste dítěti ke konci 1. roku jednotlivé porce stravy?

- po 1h
- po 2h
- po 3h
- po 4h
- Po 5h
- pojídá neustále během dne

16. V jakém věku u zdravého kojence je dle vašich představ vhodné přejít na nemléčnou stravu (příkrm)?

- do 4. měsíce
- po ukončeném 4. měsíci
- po ukončeném 6. měsíci věku dítěte
- nezáleží na věku dítěte, ale jakmile je schopno polykat tužší stravu

17. Jaký druh potraviny pro kojence je dle Vás optimální volbou pro první příkrm?

- zelenina jeden druh
- zelenina více druhů
- ovoce jeden druh
- ovoce více druhů
- rýžová kaše
- obilná kaše s lepkem
- krupicová kaše
- jiná potravina (uvedte):.....

Příloha 1

18. Kojeneckou stravu pro své dítě nejčastěji zajišťujete/zajišťovala jste:

- domácí příprava nákup kombinace obojího

19. Preferujete čerstvé ovoce a zeleninu nad průmyslově vyráběnými kojeneckými výživami (dětská přesnídávka)?

- ANO NE

20. Co je pro Vás nejdůležitější při koupi kojenecké výživy?

- cena doporučení značka
 chuť obal

21. Označte v pořadí od 1 – 5 potraviny, které nejběžněji kupujete, číslem 0 označte potraviny, které se ve Vaší domácnosti téměř nebo vůbec nevyskytují, číslo 5 značí potraviny denní potřeby:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bílé pečivo | <input type="checkbox"/> Slané pochutiny |
| <input type="checkbox"/> Celozrnné pečivo | <input type="checkbox"/> Sladkosti |
| <input type="checkbox"/> Mléčné výrobky | <input type="checkbox"/> Dětské konzervy (dětské přesnídávky, masozeleninové příkrmy) |
| <input type="checkbox"/> Uzeniny | |
| <input type="checkbox"/> Čerstvé ovoce a zelenina | |
| <input type="checkbox"/> Polotovary | |

22. Vychází/vycházelo Vaše dítě při jídle jiné aktivity (hra, běhání po místnosti, sledování TV)?

- ANO NE

23. Jakou používáte/používala jste vodu na přípravu kojenecké stravy:

- z kohoutku
 balenou stolní vodu
 balenou kojeneckou vodu

24. Jaké tekutiny podáváte/podávala jste dítěti do 1 roku? (možnost více odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> slazené limonády | <input type="checkbox"/> pitnou vodu z kohoutku |
| <input type="checkbox"/> slazené dětské čaje | <input type="checkbox"/> kojeneckou vodu |
| <input type="checkbox"/> neslazené dětské čaje | <input type="checkbox"/> zatím pouze mateřské mléko nebo umělou mléčnou výživu |
| <input type="checkbox"/> ředěné ovocné šťávy | |

25. Podáváte/ podávala jste vašemu dítěti do 1 roku pravidelně předepsané vitamíny D a K?

- ANO NE

26. Trpí vaše dítě potravinovou alergií?

- ANO - jakou:.....
 NE

Příloha 1

27. Dodržujete/dodržovala jste při přípravě a podávání stravy výživové doporučení Světové zdravotnické organizace o výživě malých dětí?

ANO

NE

NEVÍM

28. Jaký finanční obnos průměrně měsíčně investujete do Vašeho nejmladšího dítěte (ošacení, kosmetika, pleny, hračky, strava,...):.....Kč. Jaký podíl z Vámi uvedené částky tvoří přibližně suma za stravu dítěte:.....Kč?

29. Využíváte část svých financí pro svou potřebu (možnost více odpovědí) a v jakém rozmezí se měsíčně pohybuje?

kouření

alkohol

telefon

kosmetika

jiné: (doplňte).....

200 Kč

500 Kč

do 1000 Kč

nad 1000 Kč

žádné mi nezbyvají

Příloha 2

Vážená slečno/paní !

Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na dopad socioekonomické situace matky na výživu svého dítěte.

Vaše **upřímné odpovědi** budou námětem k zamyšlení a využití ke zlepšení poradenství v oblasti výživy dětí do 1 roku věku s ohledem na tíživou socioekonomickou situaci.

Vámi poskytnuté údaje budou zpracovány v diplomové práci, která se danou problematikou zabývá.

Dotazník je **anonymní**. Prosím Vás o **pravdivé zodpovězení otázek**. Vámi zvolené odpovědi prosím zakřížkujte (**X**), popřípadě dopište Vaši stručnou odpověď.

Zuzana Kršková, studentka V. ročníku kombinovaného studia Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SOŠ na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

I. Identifikační údaje

1. Váš věk:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> do 20 let | <input type="checkbox"/> 25 – 30 let | <input type="checkbox"/> 35 a více let |
| <input type="checkbox"/> 20 – 25 let | <input type="checkbox"/> 30 – 35 let | |

2. Počet dětí:.....

3. Věk Vašeho nejmladšího dítěte (měsíce):.....

4. Rodinný stav:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> svobodná | <input type="checkbox"/> vdaná | <input type="checkbox"/> rozvedená |
| <input type="checkbox"/> vdova | <input type="checkbox"/> družka | |

5. Trvalé bydliště:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> město | <input type="checkbox"/> vesnice |
|--------------------------------|----------------------------------|

6. Dosažené vzdělání:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> základní | <input type="checkbox"/> SŠ s maturitou, vyšší odborné |
| <input type="checkbox"/> SŠ bez maturity (vyučen) | <input type="checkbox"/> vysokoškolské |

7. V současné době finanční prostředky získáváte (zakřížkujte i více možností):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> plat | <input type="checkbox"/> výživné na dítě |
| <input type="checkbox"/> podpora v nezaměstnanosti | <input type="checkbox"/> porodné |

Příloha 2

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> peněžitá pomoc v mateřství | <input type="checkbox"/> dávky pomoci v hmotné nouzi |
| <input type="checkbox"/> rodičovský příspěvek | (příspěvek na živobytí, doplatek na |
| <input type="checkbox"/> přídavek na dítě | bydlení a mimořádná okamžitá |
| <input type="checkbox"/> sociální příplatek | pomoc) |
| <input type="checkbox"/> příspěvek na bydlení | |

8. Váš čistý měsíční příjem ze všech příjmů činí:.....Kč.

9. Důvod pobytu v sociálním zařízení (možno více odpovědí):

- žádné bytové podmínky pro výchovu dítěte
- nevhodné bytové podmínky pro výchovu dítěte
- domácí násilí
- finanční tíseň
- jiné:doplňte.....

10. Délka pobytu v sociálním zařízení (měsíce):

Vážené maminky!

Beseda: Výživa dětí do 1 roku věku!

Kdy:

Časová náročnost: max. 1 hod

Kde: ve Vašem azylovém domě!

Kdo: Bc. Zuzana Kršková

*Proč: diskuse na téma výživy dětí
obohacení svých znalostí a praktik
drobná sladkost pro Vaši ratolest
společenské setkání*

Příloha 4

ZÁZNAMOVÝ ARCH ŽIVOTNÍ SITUACE MATKY

I. Podklady získané rozhovorem s matkou dítěte

1. Vyplnění identifikačního dotazníku

2. Sociální situace z pohledu matky

- rodinná anamnéza:

- životní podmínky rodiny:

- podpora rodiny:

- otec dítěte:

- důvod pobytu:

- životní vize:

- „co dál“:

3. Péče o dítě

- míra schopnosti zabezpečení biopsychosociálních potřeb dítěte

- výživa dítěte – kojení x umělá mléčná strava,

- příprava mléčných dávek

- časové intervaly podání mléčných dávek

Příloha 4

- nemléčné příkrmy
- problémy při výživě dítěte – z pohledu matky a dítěte
- míra podílu péče matky o své dítě
- hloubka znalostí a postojů k výživě dětí do 1. roku
- osobní preference x schopnosti a finanční možnosti matky
- finanční podpora rodiny matky na péči o dítě

II. Podklady získané zdravotnickým personálem

1. Osobnost matky (spolehlivost, míra péče, míra dopomoci, nutnost kontrol a spolupéče,...)

2. Vztah matka x dítě z pohledu ošetřujícího personálu

- schopnost vnímání signálů biopsychosociálních potřeb dítěte

Příloha 4

- míra dopomoci při výživě dítěte
- způsoby edukace matky v péči o výživu dítěte

III. Podklady získané sociální pracovnící

- předchozí opatření:
- rodinná anamnéza:
- důvod přijetí:
- cíl pobytu:
- vize – možnosti řešení tíživé situace:
- míra participace matky na řešení životní situace:



Souhrn výživy kojenců a malých dětí dle doporučení WHO

- Doba krmení je dobou učení a lásky – mluvit na dítě + zrakový kontakt.
- Kojte výlučně (tj. bez přídavku jiných tekutin nebo potravin než je mateřské mléko) do 6 měsíců věku. Příkrm začněte zavádět v ukončených šesti měsících (180 dnech) při pokračujícím kojení.
- Pokračujte v častém kojení podle potřeby dítěte do dvou let věku dítěte nebo déle.
- Citlivě reagujte na potřeby dítěte při krmení.
- Zachovávejte správnou hygienu a zacházení s potravinami.
- V ukončených 6 měsících věku dítěte začněte s malým množstvím jídla a s věkem dítěte zvyšujte množství. Současně udržujte časté kojení.
- Jak dítě roste, zvyšujte postupně konzistenci a různorodost nabízené stravy podle potřeb a schopností dítěte.

Souhrn výživy kojenců a malých dětí dle doporučení WHO

- S postupujícím věkem zvyšujte i denní frekvenci podávání příkrmu. Vhodný počet jídel záleží na energetické hustotě stravy a obvyklém množství jídla, které dítě sní při krmení.
- Podávejte dítěti pestrou stravu k zajištění příjmu všech potřebných živin.
- Používejte pro matku a dítě v případě potřeby doplňky vitamínů a minerálů nebo obohacené potraviny.
- Během onemocnění dítěte zvyšte podávání tekutin, častěji kojte, povzbuzujte dítě, aby jedlo měkká, pestrá, lákavá a oblíbená jídla. Po uzdravení dávejte dítěti jídlo častěji než obvykle, apovzbuzujte je, aby více jedlo.

(Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 11-12)

Výživa kojenců

KOJENEC = DÍTĚ DO 1 ROKU VĚKU

POTŘEBA ENERGIE

- Organismus kojence se velmi rychle vyvíjí a roste
 - tak rychle už člověk neroste v žádné jiné fázi života
 - 6. měsíc = dvojnásobek porodní hmotnosti
 - 1 rok = trojnásobek porodní hmotnosti
- ⇒ vysoká potřeba energie na 1 kg hmotnosti dítěte
- ⇒ na růst = 85-90 %
 - ⇒ na pohyb apod. = 10-15 %

Výživa kojenců

POTŘEBA BÍLKOVIN

- Úměrně vysoká růstu
- 9-15% z celkového denního příjmu energie
- Při nadbytku – zatížení ledvin, obezita v pozdějším věku
- Při nedostatku – nedostatečné prospívání

POTŘEBA SACHARIDŮ

- Zásadní energetický zdroj pro lidský organismus
- 45-55% z celkového denního příjmu energie

POTŘEBA TUKŮ

- 35-45 % z celkového denního příjmu energie

POTŘEBA TEKUTIN

- Vysoký podíl tekutin v těle – až 75 %
- ⇒ potřebný dostatek tekutin – 10-15% jeho tělesné hmotnosti

Výživa kojenců

	Tekutiny (ml)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)
1-3 měsíc	140-160	120-140	2,5-3,0	6,1-7,2	13,8-16,3
4-6 měsíců	140	120	2,4	4,2-6,1	9,1-13,8
7-9 měsíců	120	120	2,0	3,9-5,1	7,6-11,5
10-12 měsíců	120	100	1,7	3,4-5,1	7,7-11,6

* hodnoty v tabulce jsou uvedené na kg hmotnosti kojence/24h

Období kojenecké výživy

PRVNÍ OBDOBÍ – výhradně mléčné

- Pokud je to možné, plně kojit do ukončeného 6. měsíce

DRUHÉ OBDOBÍ – přechodné

- Mateřské mléko nebo mléko umělé výživy
- Kašovitě příkrmy upravené pro tento věk
- 7. – 9. měsíc života dítěte
- Začátek období záleží na psychomotorické vyspělosti dítěte

TŘETÍ OBDOBÍ – období smíšené stravy

- Do jídelníčku postupně zařazována upravená strava dospělých vhodná pro dítě
- Mateřské mléko nebo pokračovací mléko pro starší kojence
- 10. – 12. měsíc života dítěte

- Jednotlivá období jsou časově definována individuálně → funkční schopnost trávicího ústrojí dítěte, funkční schopnost ledvin a psychomotorický vývoj.

(Hrodek, Vavřinec, 2002, s. 92)

Kojení

KOLOSTRUM = MLEZIVO, 1. MLÉKO

- První mléko, které kojeneček dostává na začátku laktace
- Více bílkovin a tuků, méně cukru
- Imunitně vydatné, obsahuje dvojnásobné množství bílkovin
- Denní tvorba 50-170ml
- Po přechodné fázi se objevuje zralé mléko asi ve 3. týdnu života

MATEŘSKÉ MLÉKO

- Složení přesně podle potřeb dítěte
- Ovlivňuje strava kojící maminky (včetně nápojů, kouření a léků)

(Kejvalová, 2005, s.30)

Výhody kojení

VÝŽIVOVÉ

- Optimální složení pro dítě

PSYCHOLOGICKÉ

- Vzniká a upevňuje se zvláštní vztah mezi matkou a dítětem

HYGIENICKÉ

- Sterilní
- Má správnou teplotu

IMUNOLOGICKÉ – prevence:

- Respiračních nemocí
- Nadváhy, ale i podvýživy
- Poruch lipidového metabolismu
- Potravinových alergií...

EKONOMICKÉ A PRAKTICKÉ

- Kvalita a cena
- Je vždy „po ruce“

Technika kojení

Technika a režim kojení = bezproblémové kojení od prvního přiložení

Pro efektivní nebolestivé kojení je důležité:

- Správná vzájemná poloha matky a dítěte
- Správné držení prsu a nabízení dítěti
- Správné přisátí dítěte k prsu
- Správné sání dítěte

Polohy při kojení

- Pohodlná pozice
- Uvolněnost (hlava, ramena, paže bez napětí)



Obrázek 1. Polohy při kojení (FRÜHAUF, P. et al. Výživa novorozenců a kojenců. 1. vyd. Praha: Solen, 2003, s. 18)

Přísátí dítěte

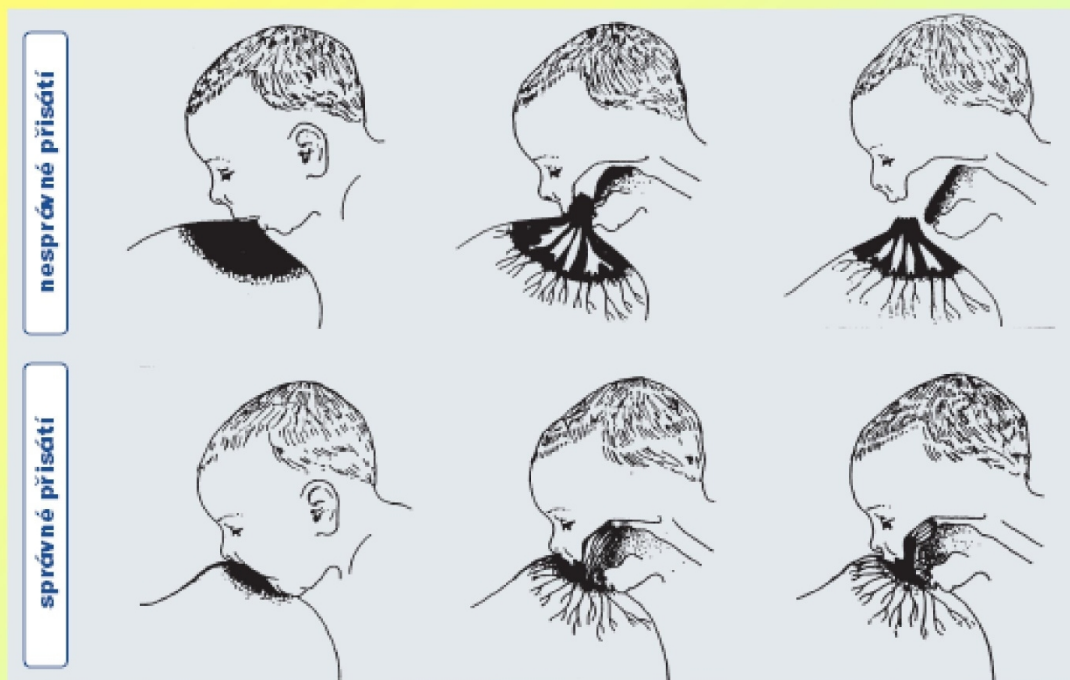
- Brada dítěte je vtisknuta do tkáně prsu
- Ústa jsou široce rozevřena
- Dolní ret je ohrnut ven
- Tváře nevpadávají dovnitř
- Tkáň prsu se nad ústy dítěte nepohybuje

(Frühauf, P.,2003, s.19)



Obrázek 2. Přísátí dítěte (FRÜHAUF, P. et al. Výživa novorozenců a kojenců. 1. vyd. Praha: Solen, 2003, s. 19)

Správné x nesprávné přisátí



Obrázek 3. Správné a nesprávné přisátí dítěte (FRÜHAUF, P. et al. Výživa novorozenců a kojenců. 1. vyd. Praha: Solen, 2003, s. 21)

Frekvence kojení

- Kojte podle potřeby dítěte, bez omezování frekvence a délky
- Tvorba mléka = nabídka + poptávka → optimum: kojte dítě tak, jak potřebuje
- V prvních 4-6 týdnech vyžaduje dítě kojení často i 12-15x za den
- V následujících týdnech se obvykle kojení ustálí po 2-3h = 12 – 8x denně

(Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 82)

Zásady strategie kojení

- **Časné zahájení kojení** (přiložení k prsu do 2h po porodu, ideálně do 30min.)
- **Výlučné kojení** (dítě je pouze kojeno, nedostává nic jiného do nástupu tvorby mléka matky)
- **Kojení podle dítěte** (délka i frekvence kojení se řídí signály dítěte, dítě není omezováno v přístupu k prsu)
- Období **výlučného kojení** v délce 6. měsíců
- Zavádění vhodného a bezpečného příkrmu po ukončeném 6. měsíci
- **Pokračování kojení:** v kombinaci s vhodnou kojeneckou a následně batolecí stravou do 2 let věku dítěte i déle

(Frühaufer, P., 2003, s.22)

Náhradní kojenecká výživa

- Pokud maminka nemůže z jakéhokoli důvodu kojit – zejména kvůli zdravotnímu stavu maminky (i dítěte)
- K výživě kojenců jsou určena mléka náhradní kojenecké výživy

!Nikdy nepodávat neupravené kravské mléko minimálně do 1 roku věku dítěte!

KRAVSKÉ MLÉKO

- Zcela odlišné složení proti mateřskému mléku
- Nelze doporučit ani neupravená mléka jiných savců

Srovnání mateřského a kravského mléka

1 l	Zralé mateřské mléko	Kravské mléko
energie (kJ)	620	627
bílkoviny (g)	8,9	32
kasein (g)	2,5	26
syrovátka (g)	7,0	6,7
tuk (g)	32	35
sacharidy (g)	74	46
minerální látky (g)	2,1	7,0
vápník (mg)	1200	280

Shrnutí nevhodnosti neupraveného kravského mléka pro kojence

- Obsah vysokého množství bílkovin a solí → zátěž ledvin dítěte
- Obsah nízkého množství železa → chudokrevnost
- Odtučněné mléko – nedostatečný příjem energie a živin
- Nízký obsah jodu s vitamínů
- Vysoké riziko vzniku alergie

Náhradní kojenecká výživa

- Na bázi adaptované či hydrolizované bílkoviny kravského mléka nebo vyjimečně bílkoviny sóji
- Upraven poměr bílkovinných frakcí blíže k mateřskému mléku
- Více esenciálních mastných kyselin z 1 % na cca 4 %
- Mléčný tuk nahrazen rostlinným tukem
- Snížení obsahu minerálních látek (zejména sodíku)
- Fortifikace (probiotika, prebiotika, vitaminy a stopové prvky)

Dělení umělé výživy formulemi z kravského mléka

- **počáteční mléko (start-formula, označena číslem 1)** – od 0-12 měsíců, pro novorozence a kojence, pokud nemohou být kojeni
- **pokračovací mléka (Follow-on formula, označena číslem 2)** – od ukončení 6. měsíce – 36 měsíců, podávat v okamžiku, kdy kojenec dostává příkrm
- **mléka pro výživu batolat (označena číslem 3 nebo názvem Junior)** – od ukončení 12 měsíce, množství vypitého mléka by ani v batolecím období nemělo klesat pod 0,5l/24h

Zařazování nemléčných příkrmů

- Od ukončeného 6. měsíce nutné přikrmovat, mateřské mléko již nepokrývá potřeby rostoucího kojence (doporučení WHO).
- Potraviny obsahující **lepek** představují velký otazník.
- Současné doporučení => **od 4.-6. měsíce věku** (imunologické okno)
 - pozdější podávání může představovat riziko
 - potraviny s lepem je vhodné podávat omezeně a kojeným dětem
- Nutné stále sledovat podávání tekutin

DOPORUČENÉ POŘADÍ

1. Zelenina (dříve jednodruhová, později kombinace)
2. Ovoce
3. Maso (20-35 g), vejce (žloutek)
4. Jogurty, zakysané nápoje (ne tvaroh a tvrdé sýry)
5. Obilninové kaše (přednostně bezlepkové)

Způsob podávání příkrmu

- Pokračovat v kojení dle potřeby dítěte.
- Zpočátku podávat 1-2 lžičky příkrmu 1-2x denně.
- Začít jednou potravinou.
- Další druh potravin přidat cca za 3 dny.
- Není rozhodující, zda se příkrm podává před nebo po kojení.

Dítě není malý dospělý

- Dětem nestačí pouze menší porce našeho běžného pokrmu
- Specifické nároky dané růstem a vývojem dětského organismu
- Optimální příjem je individuální
 - V závislosti na věku, fázi růstu, zdravotním stavu, fyzické aktivitě
- Ukazatelem správného vývoje a růstu jsou:
 - Dobrý zdravotní stav dítěte
 - Optimální hmotnost a růst (viz. očkovací průkaz dítěte → percentilové grafy)
 - Správný psychomotorický vývoj

Jídlo = nový zážitek

- Koordinace úst a jazyka
- Nový režim ve stravování – podávání stravy v intervalech, pouze ve dne
- Návyk na velikost porcí
- Vytváření chuti k jídlu, chuťových preferencí i averzí
- Děti si zvykají na
 - chuť (4.-6. měsíc)
 - konzistenci (6.-7. měsíc)

Jídlo = nový zážitek

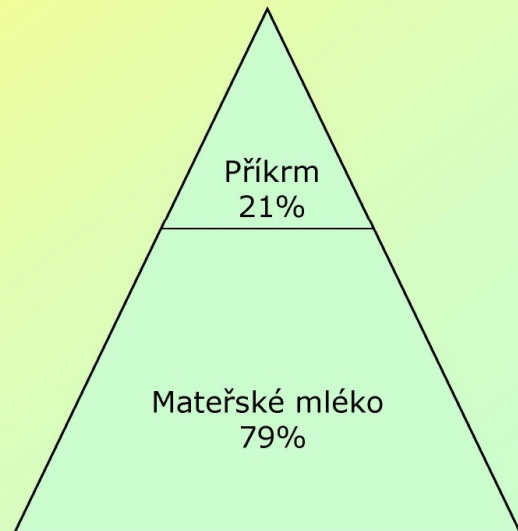
- Na podávání nových potravin a pokrmů nespěchat!
 - Dítě potřebuje s novou potravinou až 11–20 kontaktů, než „jí přijde na chuť“
- Rodina jako vzor
 - stravovat se zdravě
 - jídlo zbytečně neomezovat a nekomentovat
 - nenutit!
- Napodobování okolí

Výživa v 6. – 8. měsíci

- Pokračovat v kojení dle potřeby dítěte
- Podávat dostatečné dávky pestré stravy bohaté na energii 2 – 3x denně
- Nechat dítě, aby se pokoušelo krmit samo, ale pomáhat mu → od počátků lžičku do ruky
- Dávat dítěti jídlo ke žvýkání do ruky

Výživa v 6. – 8. měsíci

- Průměrný podíl mateřského mléka a příkrmu na příjmu energie v 6.-8. měsíci
- Příkrm 21%
- Mateřské mléko nebo umělá mléčná strava 79%



(Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 89)

Výživa v 6. – 8. měsíci

Vhodné doporučené potraviny

- Rýže, brambor, kukuřice, ovesné vločky, pohanka.
- Mrkev, špenát, brokolice, květák, dýně, cuketa, lilek, růžičková kapusta, kedluben, okurka, patison, fenykl.
- Banán, považené ovoce – jablko, hruška, broskev, meruňka, švestka.
- Vodní meloun, žlutý meloun, hroznové víno, třešně.
- Maso bílé – kuřecí, telecí, krůtí, králičí, jehněčí, dále i libové vepřové a mladé hovězí, rostlinný olej.

(Kejvalová, 2005, str. 46)

Domácí jídla

(+)

různorodost chutí,
neomezené kombinace
možností, přizpůsobení
složek příkrmu
potřebám dítěte,
finanční hledisko (nižší
náklady).

(-)

složitější příprava,
neznámé složení
zeleniny a ovoce, doba
uchování pouze do
druhého dne (mrazák
– 2 měsíce), nevhodné
na cesty

Kojenecké konzervy

(+)

přesně určené složení
doporučené pro označený
věk, trvanlivost a
vhodnost na cesty,
nemusí se před otevřením
uchovávat v chladu,
připravováno z
biopotravin a hlídaných
chovů, pravidelně
testováno, rychlá příprava

(-)

omezené chuťové
spektrum, ve složení
mohou být potraviny,
které nevyhovují dítěti
nebo je na ně alergické,
finanční náročnost

(Kejvalová, 2005, str. 45)

Recepty - výživa v 6. – 8. měsíci

- Mrkvovo – bramborové pyré
- Jemná zelenina s jablkem
- Zelenina s rýží
- Kuře s bramborem a zeleninou
- Švesko – jablečné pyré
- Banánovo – jablečné pyré
- Rýžový nákyp

Výživa v 9. – 12. měsíci

- Pokračovat v kojení dle potřeby dítěte.
- Zařazovat dávky pestré stravy bohaté na energii 3 – 4x denně, od 12. měsíce přidávat 1 – 2 svačinky, pokud je dítě potřebuje.
- Dávat dítěti jídlo ke žvýkání do ruky (pečivo, kojenecké sušenky).
- Podávat zakysané mléčné výrobky.
- Do 1 roku nepodávat → ryby, vaječný bílek, mořské plody, med a tvaroh

(Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 89)

Recepty - výživa v 9. – 12. měsíci

- Kuřecí polévka
- Brokolicová polévka
- Brambory s květákem
- Karotková placka s krůtím masem
- Vaječný koláč s jablkem
- Vločková kaše s jablky
- Kuře s těstovinami a zeleninou

Mýty rodičů ve výživě kojenců

- Častá obava při kojení z nedostatečné konzumace mléka (dítě pije krátce, méně apod.), ale:
 - výrobky se někdy liší v doporučené dávce
 - děti jsou jedinečné a mají různé požadavky
- Objektivní důkaz => prospívání dítěte
- Nevhodné je řešit pláč nebo nepohodu krmením => může vést k pozdější nadváze

Výživa mezi 1. a 2 rokem

- Pokračovat v kojení dle možností do 2 let nebo déle.
- Podávat 3 – 4x jídlo denně, mezi nimi 1 – 2 svačinky, dle přání dítěte.
- Podávat dostatečné dávky stravy bohaté na energii, která se přibližuje rodinné stravě.
- Nadále dítěti pomáhat s jídlem.

Strategie výživy mezi 1. – 3. rokem života

- Do 3 let omezení:
 - soli, koření, pochutin, uzenin, ořechů!
- Podávat jednoduchou stravu
- Dostatek ovoce a zeleniny
- Omezení sladkostí
- Nepodávat smažená jídla (!fast food!)

Strategie výživy mezi 1. – 3. rokem života

Chcete-li se vyhnout problémům při stravování Vašich dětí **dodržujte:**

- Klid u jídla (při jídle se nehraje).
- Dítě stoluje na stejném místě (svůj stoleček a židle, krmící židlička,...).
- Rodina stoluje společně.
- Nenechejte dítě s jídlem běhat.
- Nepodávejte stravu u TV.
- Nechce-li dítě jíst, nesnažte se ho uplatit sladkostmi.
- Zabraňte napětí při jídle.
- Připravujte pokrmy atraktivní na pohled.
- Je-li zřejmé, že dítě nebude pokračovat v jídle, nechejte ho odejít od stolu – netrvejte na tom, aby vyprázdnilo talíř.

Pitný režim a děti

Dostatek vhodných tekutin je pro organismus nezbytný.

Zastoupení tekutin v těle:

- ✓ u novorozenců **80-85 %** z celkové hmotnosti
- ✓ u dětí **75 %** z celkové hmotnosti
- ✓ u dospělých **63 %** (u mužů) nebo **53 %** (u žen) z celkové hmotnosti

Závisí na tělesné hmotnosti a věku dítěte.

Potřeba tekutin

- Nutno přihlížet ke zdravotnímu stavu dítěte, jeho fyzické aktivitě během dne, počasí apod.

Příjem tekutin by měl být rozložen do celého dne

- ✓ není dobré vypít sice potřebné množství, ale v průběhu krátké doby

Vhodné nápoje

Období plného kojení (do ukončeného 6. měsíce) pokrývá dostatečně příjem tekutin.

Pitný režim musí být pestrý a tekutiny mají mít přiměřenou teplotu (15-20 °C).

• Základ pitného režimu tvoří:

- ✓ kojenecká voda
- ✓ dětské čaje
- ✓ pramenité vody – menší množství, střídat druhy
- ✓ 100% ovocné džusy – ředěné vodou (1:1)
- ✓ Pitná voda z kohoutku dle kvality ve Vaší lokalitě

Nevhodné nápoje

Většina dětí hradí pitný režim nevhodným způsobem!

- **Co raději nepít a dítěti nenabízet**
 - ✓ limonády – obsahují mnoho cukru a barviv, kolové nápoje (Coca cola, Kofola, „Dětské koly“)
 - ✓ minerální vody = velké množství minerálních látek => nerovnováha v organismu
 - ✓ silný čaj
 - ✓ černá káva
 - ✓ alkoholické nápoje – nepříznivé na CNS, návykové

Literární prameny

- HRODEK, O., VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Galen, 2002. 767s. ISBN 80-7262-178-5
- NEVORAL, J. et al. *Výživa v dětském věku*. 1.vyd. Praha: H&H a Nutricia, 2003. 433s. ISBN 80-86-022-93-5
- LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1.vyd., Praha: Galén, 2003. 248s. ISBN 80-7262-207-2
- KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 148s. ISBN 80-247-1039-0
- KEJVALOVÁ, L. *Výživa dětí od A do Z*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2005, 160s. ISBN 80-7021-773-1
- CRAMM, D. *Vaříme pro kojence*. 1.vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003, 64s. ISBN 80-7181-875-5
- FOŘT, P. *Moderní výživa pro děti*. 2.vyd. Praha: Metramedia, 2000. 229s. ISBN 80-238-5498
- HANREICH, I. *Jídlo a pití malých dětí*. 1.vyd., Praha: Grada, 2001. 108s. ISBN 80-247-0100-6
- NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2.vyd., Praha: SZÚ, 2007. 28s. ISBN 978-80-7071-286-3
- FRÜHAUF, P. *Výživa kojence*. Příloha časopisu *Pediatric pro praxi*. *Pediatr.pro Praxi*, 2008;9,5 (suppl.C), Olomouc: Solen, 2008. 34s. ISBN 1213-0494
- FRÜHAUF, P., NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa novorozenců a kojenců – současný pohled*. 1.vyd., Šumperk: Solen pro Nestlé Česko s.r.o., 2003. 80s. ISBN 80-239-2011-1

Internetové zdroje

- Výživa dětí. [online]. [cit. 2010-17-10].
Dostupné na WWW: <http://www.vyzivadeti.cz>
- Kojení. [online]. [cit. 2010-17-10]. Dostupné na WWW:
<http://www.kojeni.cz>

Seznam použitých obrázků

- Obrázek 1. Polohy při kojení
- Obrázek 2. Přisátí dítěte
- Obrázek 3. Správné a nesprávné přisátí dítěte

Děkuji za pozornost!

Příloha 6

Beseda Azylový dům Žamberk



Beseda Azylový dům Pardubice



Příloha 6

Beseda Azylový dům Svitavy



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Zuzana Kršková, DiS.
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy, PdF UP
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Výživa dětí do 1 roku věku u matek v socioekonomické krizi
Název v angličtině:	Nutrition of socio-economically deprived mothers' children under one year old
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je zaměřena na výživová specifika dětí do jednoho roku. Cílem kvalifikační práce je zmapovat dopad nepříznivé socioekonomické situace matky na výživu dítěte do 1 roku věku.</p> <p>Výzkumné šetření bylo provedeno u 33 matek dětí do 6 let (klientek využívajících služeb Azylových domů pro matky s dětmi v Pardubickém kraji).</p> <p>Výzkum byl zaměřen na dodržování výživových doporučení, zásad správného stolování a možnosti finančního zabezpečení domácnosti těchto žen.</p> <p>Z výsledků šetření vyplývá, že výživa kojenců se pro matky v tíživé socioekonomické situaci stává okrajovou záležitostí. Finanční prostředky a neznalost matek ve většině případů neumožňují zajistit kvalitní způsob výživy dětí do jednoho roku tak, jak jsou definována doporučení WHO.</p>
Klíčová slova:	Kojenec, výživa, kojení, umělá výživa, nemléčné příkrmy, zásady stolování, nápoje, azylová zařízení, kojenecký ústav, sociální dávky.

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The diploma thesis focuses on nutrition specifics of children under one year old. The aim is to outline effects of negative socio-economic situation of a mother on the child's nutrition.</p> <p>The research concentrated on thirty-three mothers who use asylum house services in the Pardubice region.</p> <p>The research aimed at keeping nutrition recommendations, table manners, and financial security of the mothers.</p> <p>The outcome of the research shows that the child's nutrition does not play the most important role for the mothers who are socio-economically deprived. Bad financial security and low knowledge prevent the mothers from providing quality child nutrition as defined by WHO.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Infant, nutrition, breast-feeding, artificial nutrition, milk-free complementary food, table manners, drinks, asylum facility, parentless children's home, welfare benefits.</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha 1 Dotazník – azylový dům Příloha 2 Dotazník – identifikační údaje Příloha 3 Pozvánka Příloha 4 Záznamový arch – kojenecký ústav Příloha 5 Kojenecká výživa – powerpointová prezentace Příloha 6 Fotodokumentace</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>119 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>čeština</p>