



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Kojení u žen po porodu císařským řezem

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Lucie Madaraszová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Kojení u žen po porodu císařským řezem*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Romaně Belešové, za rady které mi poskytla, za její připomínky a také za čas, který strávila vedením bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat respondentkám, které byly ochotné rozpovědět mé otázky, a vést semnou rozhovor.

Díky patří i celé mé rodině a partnerovi, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Kojení u žen po porodu císařským řezem

Abstrakt

Bakalářská práce nese název Kojení u žen po porodu císařským řezem. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zabývá císařským řezem, kdy blíže popisuje, jak se císařský řez provádí, z jakých indikací je k němu přistupováno, a jaká anestezie může být využita. Dále je zde popisováno, jakou péči vykonává porodní asistentka o ženu před a po císařském řezu, ale jsou zde také zmíněny komplikace, které se mohou v souvislosti s císařským řezem objevit. Dále je v teoretické části zmíněno období šestinedělí, kde se zaměřujeme na změny, které žena v tomto období prodělává nebo může prodělat. Významnou částí teoretické práce je kapitola laktace, ve které popisujeme anatomii prsů, k čemu laktace slouží, jaká je její fyziologie, jaké je složení mateřského mléka, ale také výhody kojení, jak pro novorozence, tak pro ženu. Dále se zde zabýváme rozvojem laktace, a s tím související technikou kojení, ale i komplikacemi kojení a alternativními metodami, jak podávat stravu novorozenci. Poslední kapitolou teoretické části je bonding a rooming – in, kde vysvětlujeme tyto dva pojmy, uvádíme, jak a za jakých podmínek lze bonding s rooming – in provést. Také je zde zmíněn a vysvětlen termín Baby Friendly Hospital.

Pro bakalářskou práci byl stanoven cíl, kterým bylo zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s laktací po porodu císařským řezem. Výzkumné otázky byly určeny: Jaký dopad má porod císařským řezem na kojení žen? Kde nejčastěji vyhledávají ženy pomoc v případě výskytu problému při kojení?

Výzkum byl proveden pomocí kvalitativního šetření, kdy byly provedeny hloubkové individuální polostrukturované rozhovory. Ty byly vedeny se dvanácti ženami od 42. dne do 6. měsíce po porodu císařským řezem. Ženy byly před začátkem rozhovorů seznámeny s tématem a účelem rozhovorů. Respondentky byly ujištěny o zachování anonymity a o nakládání se získanými informacemi dle etických práv a norem. Na základě analýzy dat byly stanoveny dvě hlavní kategorie s podkategoriemi.

První kategorie Kojení po s.c. se zabývala, jakým způsobem probíhal císařský řez, jaká byla použita anestezie, kdy došlo k prvnímu přiložení, jak často byly ženy s novorozencem v kontaktu, kdy nastoupila laktace, zda měly nějaké komplikace s kojení, ale také, kdo a jak důsledně, jim podal informace v souvislosti s technikou kojení. Druhá kategorie Vyhledání pomoci se zaměřovala na to, jestli ženy vyhledaly

pomoc při komplikacích s kojením, zda poskytnuté informace byly dostačující, ale také, zda ženy stále kojí, či nikoli.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že po porodu císařským řezem kojilo devět respondentek, a nekojily tři. Pouze u dvou respondentek ze dvanácti se nedostavila laktace vůbec. Dále bylo zjištěno, že o technice kojení podávají nejčastěji informace porodní asistentky, kdy uvádějí smysluplné a dostačující informace. Z výzkumného šetření vyplynulo, že u devíti respondentek z dvanácti se objevila nějaká komplikace s kojením, nejčastěji jimi byla laktační krize a zánět prsu. S těmito komplikacemi ženy nejčastěji vyhledaly pomoc u obvodního gynekologa, který jim poskytl pro ně dostačující informace. Nejčastější odpovědí však bylo, že ženy nevyhledaly pomoc žádnou, takto ale odpovídaly respondentky, u kterých se komplikace neobjevila (R6, R8, R9) nebo respondentky, které odcházely již z porodnice bez laktace (R1, R2).

Klíčová slova

Porodní asistentka; žena; laktace; porod císařským řezem; novorozenec.

Breastfeeding woman after sectio caesarea

Abstract

The bachelor thesis is called Breastfeeding of woman after undergoing cesarean section. The thesis is divided into a theoretical and research part. The theoretical part deals with the theme of the cesarean section, it describes how the cesarean section is performed, what are the indications of it, and witch anesthesia can be used. Secondly it describes the care of a wife before and after the procedure which is carried out by a midwife. Another thing that is mentioned in this part are the complications of a cesarean section. Fourthly the thesis specifies the changes of a woman's organism during the period of puerperium. The next section that I would like to mention is lactation, where the anatomy of the woman's breast, physiology, composition of breast milk and the benefits for the women and the newborn are defined. In this section we are also concerned with the development of lactation, the related technique of breastfeeding, and the complications of breastfeeding and alternative methods of the feeding of a newborn. The last chapter of the theoretical part is the section of bonding and rooming-in, how and when it can be provided. The term „Baby Friendly Hospital“ is also explained in the mentioned chapter.

For this thesis was set the goal, what experiences have women with lactation after caserean section. The research questions were determined: What impact has Caesarean delivery on breastfeeding? Where does women find most often help in the case of occuring problems with breastfeeding problem? The research was conducted through a qualitative research strategy, using in-depth individual semi-structured interviews. They were lead with twelve women from the 42nd day to the 6th month after the caesarean delivery.

Women were familiarize with the thesis and the purpose of the interviews before the interviews began. Respondents were assured of maintaining anonymity and handling information obtained in accordance with ethical rights and standards. Based on data analysis, two major categories were identified with subcategories.

First catogoty “Breastfeeding after caserean section” was conserved about progress of the section, what anesthesia was used, when the bonding was made, how often was the newborn in contact with woman, when the lactacion started, whether they had some

complications with technique of breastfeeding, and who and how gave them information in connection of this technique. The second category “Help searching” was focused on whether women were looking for help with breastfeeding complications, whether the provided information was sufficient, but also whether or not women are still breastfeeding.

The research shows that after the birth by caesarean section, nine respondents were breastfeeding and a three were not. Only two respondents out of twelve did not get lactation at all. Furthermore, it has been found that the most meaningful and sufficient information about breastfeeding techniques are most frequently provided by midwives. The research also shows that nine respondents out of twelve had some complications with breastfeeding, most often with lactation and breast inflammation. With these complications, women most often sought help from a district gynecologist who provided them with sufficient information. However, the most frequent answer was that women did not find any help, but these answers were from respondents who did not have this sort of complication (R6, R8, R9) or respondents who left the maternity hospital without lactation (R1, R2).

Key words

Midwife; woman; lactation; Caesarean section; newborn.

Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Fyziologický porod	12
1.2 Porod císařským řezem	13
1.2.1 Indikace císařského řezu a péče porodní asistentky o ženu před císařským řezem	14
1.2.2 Anestezie využívaná u císařského řezu	15
1.2.3 Způsoby provedení císařského řezu.....	16
1.2.4 Péče o ženu porodní asistentky po císařském řezu	17
1.2.5 Komplikace císařského řezu	19
1.3 Šestinedělí	20
1.4 Laktace	21
1.4.1 Anatomie prsu	22
1.4.2 Fyziologie laktace	24
1.4.3 Mateřské mléko a jeho složení.....	24
1.4.4 Porovnání mateřského a kravského mléka.....	27
1.4.5 Výhody kojení pro novorozence.....	27
1.4.6 Výhody kojení pro ženu.....	28
1.4.7 Rozvoj laktace.....	29
1.4.8 Technika kojení.....	30
1.4.9 Opožděný nástup laktace a poruchy laktace	32
1.4.10 Využití alternativních způsobů při kojení novorozence	35
1.5 Bonding, rooming-in	36
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
2.3 Operacionalizace pojmů.....	39
3 METODIKA.....	40
3.1 Použitá metodika.....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	44

4.1	Kategorizace dat.....	44
5	DISKUSE.....	61
6	ZÁVĚR.....	66
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	67
8	PŘÍLOHY.....	73
9	SEZNAM ZKRATEK.....	74

Úvod

Každé těhotenství je ukončené porodem. Porod může být spontánní (samovolný), medikamentózní, indukovaný nebo operativní, a ten může jít buď cestou vaginální (klešťový porod, porod pomocí vakuumextraktorů) nebo cestou abdominální (císařský řez).

Císařský řez je jednou z nejstarších porodnických operací, kdy dochází k vybavení plodu z těla ženy skrz břišní stěnu. Způsobů, jak se císařský řez provádí, je několik, dnes je nejpoužívanější způsob řezu dle Gepperta, který se provádí v dolním děložním segmentu. Císařský řez můžeme rozdělit na plánovaný anebo akutní. V České republice neexistuje císařský řez na přání, a tak k jeho provedení musí být indikace, mezi které patří například poloha plodu koncem pánevním nebo příčná poloha, vyhřeznutí pupečníku nebo z důvodu alterace ozev plodu. U plánovaného císařského řezu si žena může vybrat, jakou si zvolí anestezii, zda zvolí celkovou či spinální anestezii. U akutních císařských řezů některé nemocnice na výběr ženě nedávají, a ihned volí celkovou anestezii, díky jejímu rychlému nástupu.

S porodem souvisí dnes velmi diskutované téma, a tím je laktace. Díky kojení se novorozenci dostává mateřské mléko, které je nejvhodnější výživou novorozence. Kojení většinou nastupuje druhý až třetí den po porodu, u císařského řezu existuje možnost nástupu laktace o několik dní déle. Obecně je známo, že nástup laktace pozitivně ovlivňuje kontakt ženy a novorozence bezprostředně po porodu, tento úkon se nazývá bonding. V některých nemocnicích se již provádí bonding i u žen, které podstoupily císařský řez při spinální anestezii.

Důležitým krokem v podpoře kojení je edukace ženy porodní asistentkou ve správné technice kojení (poloha při kojení, uchopení prsu, aplikace prsu do úst novorozence, doba kojení). Podstatnou součástí podpory kojení je také systém rooming – in, kdy jsou žena s novorozencem v neustálém kontaktu.

Kojení podporuje iniciativa Baby Friendly Hospital, která stanovila kroky k podpoře kojení. Prohlášení o založení Baby Friendly Hospital bylo sepsáno společně organizacemi WHO a UNICEF roku 1989. Dnes se tímto oceněním (Baby Friendly Hospital) v České republice pyšní 69 nemocnic.

Na odborné praxi na mě ženy, ale i blízcí z mého okolí směřovali dotazy, zda císařský řez kojení ovlivňuje. Z tohoto důvodu jsem si zvolila téma práce „Kojení u žen po porodu císařským řezem“. Téma jsem si vybrala díky těmto dotazům, ale také proto,

že mě samotnou kojení po císařském řezu zajímá. Zvolení cíle pro bakalářskou práci mělo vést ke zjištění, jaké mají ženy zkušenosti s laktací po porodu císařským řezem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Fyziologický porod

Mourek (2012) uvádí, že těhotenství trvá přibližně 40 týdnů, pokud se novorozenec narodí v období mezi 37. – 42. týdnem těhotenství, mluvíme o fyziologickém porodu. Porod ve většině případů začíná děložními kontrakcemi, kdy dochází k pozvolnému zvyšování jejich intenzity a zkracování časových intervalů mezi sebou (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hájek et al. (2014) nazývají porodem každé ukončené těhotenství, kdy se narodí živý nebo mrtvý novorozenec. Slezáková et al. (2013) popisují porod jako děj, kdy dochází k vypuzení plodu ven z dělohy, stejně tak i placenty s plodovými obaly. Rokyta et al. (2015) říkají, že děložní kontrakce nelze ovlivnit vůlí, opakují se v intervalech, které se postupně zkracují, jejich intenzita narůstá a délka kontrakcí se stále prodlužuje.

Gregora s Velemínským ml. (2013) uvádějí, že porod nejčastěji začíná děložní činností, tedy děložními kontrakcemi, kdy se jejich intenzita zvyšuje, a intervaly se zkracují, jednotlivé kontrakce trvají přibližně 30 – 40 sekund, také udávají, že pokud kontrakce přicházejí v intervalech 10 – 15 minut, měla by těhotná žena jet do nemocnice. Kushi (2014) popisuje děložní kontrakce jako slabé křeče anebo pocit pnutí v okolí břicha. Gregora a Velemínský ml. (2011) říkají, že pokud jsou kontrakce nepravidelné a jejich intenzita nezesiluje, je možné, že se jedná o tzv. „poslíčky“, které se mohou objevovat i 2 – 3 týdny před termínem porodu. Gregora s Velemínským ml. (2013) uvádí, že 20 – 30 % porodů nezačíná děložní činností, ale odtokem vody plodové, kdy jí může odtéct najednou velké množství, ale také může odtékat postupně po menších částech.

Fyziologický porod probíhá ve čtyřech dobách (Gregora, Velemínský ml., 2013). První doba porodní začíná tím, že se dostaví děložní kontrakce, tyto kontrakce však musejí mít určitou intenzitu a takové intervaly mezi sebou, aby vedly k rozvíjení se dolního děložního segmentu, otevírání děložního hrdla a branky (Hájek et al., 2014). Protože v této době dochází k postupnému otevírání porodních cest, můžeme se setkat i s termínem doba otevírací (Bašková, 2015). Gregora s Velemínským ml. (2011) mluví o trvání první doby porodní u prvorodiček přibližně 6 - 7 hodin, kdy ale není výjimkou, že tato doba trvá i 10 - 12 hodin. Holub (2012) radí, aby ženy odpočívaly a dbaly na dýchání, se kterým jim může pomoci buď porodní asistentka či doprovod, který s sebou

u porodu mají, a to hlavně během kontrakce, kdy jim soustředěné dýchání může pomoci od bolesti. O druhé době porodní mluvíme v momentě, kdy zaniká branka a následně prostupuje plod tvrdými i měkkými porodními cestami (Hájek et al., 2014). Tuto dobu porodní můžeme nazývat i dobou vypuzovací, protože během ní dochází k vypuzení plodu z ženy dělohy ven (Gregora, Velemínský ml., 2011). Porodem plodu končí druhá doba porodní (Slezáková et al., 2013). Behinová et al. (2012) udávají, že během třetí doby porodní dochází ke třem důležitým dějům, kdy prvním je odloučení placenty, druhým dějem je porození placenty a třetím dějem je zastavení děložního krvácení. K těmto dějům dochází většinou v rozmezí 5 - 10 minut (Hájek et al., 2014). Poslední fází fyziologického porodu je čtvrtá doba porodní (Gregory a Velemínského ml., 2011). Takács et al. (2015) ale uvádějí, že označování poporodního období, jako čtvrtá doba porodní je nesprávné, označují ji jako poporodní období. V této fázi porodu je žena ohrožena různými komplikacemi, a to hlavně krvácením (Gregora a Velemínský ml., 2013).

1.2 Porod císařským řezem

Jak Gregora a Velemínský ml. (2013), Hájek et al. (2014), tak i Hanáková et al. (2015) mluví o tom, že císařský řez neboli sectio caesarea (s.c.) je jednou z nejstarších operací v porodnictví, díky níž se ukončuje těhotenství ve III. trimestru. K císařskému řezu je možné přistoupit i během přirozeného porodu, z důvodu různých komplikací, které během porodu mohou nastat (Hanáková et al., 2015). Hájek et al. (2014) uvádějí, že první záznamy o provedení císařského řezu sahají až do starověku. První císařský řez s dobrým efektem byl prý proveden zvěrokleštičem a řezníkem Jakubem Nuferem ze Siegershausenu roku 1500, kde byly přítomny i porodní báby a jeho kolegové (Kazimour, 2017). Na živé, těhotné ženě, byl císařský řez poprvé proveden roku 1540 (Slezáková et al., 2013). Kazimour (2017) ale jako první provedený císařský řez na živé ženě uvádí až ten 21. dubna 1610. V Čechách byl císařský řez na živé ženě poprvé proveden roku 1786, z důvodu protrahovaného porodu, novorozenec byl však již mrtvý (Kazimour, 2017).

V začátcích rozvoje císařského řezu byla vysoká úmrtnost žen a tak Randolf Thomas vypracoval statistiku týkající se Anglie a Irska za roky 1738 – 1849, kdy zjistil, že úmrtnost žen byla na hranici 73 % (Fiala, 2011). Naštěstí roku 1844 získal ve Vídni titul doktora Ignaz Philipp Semmelweis, který v důsledku nešťastné nehody a úmrtí svého přítele rozpoznal příčinu vzniku horečky omladnic, a následné smrti rodičích žen

(Kýr, 2014). Semmelweis ihned zavedl opatření (mytí rukou chlorovou vodou), která vedla ke snížení mortality žen, a tak Semmelweis společně s Listerem dali za vznik antisepsy (Fiala, 2011).

1.2.1 Indikace císařského řezu a péče porodní asistentky o ženu před císařským řezem

V dřívějších dobách šlo u ženy provést císařský řez pouze v případě, kdy byla její pánev natolik úzká, že porodník nemohl do dělohy ženy zavést ani ruku, a tedy nebylo možné provést zmenšovací zákrok (Fiala, 2011). Hájek et al. (2014) říkají, že postupem času bylo podmínek k provedení císařského řezu více, ale teď na ně již není kladen takový důraz. Mezi indikace císařského řezu patří například nutnost živého a životaschopného plodu nebo projevy infekce u ženy (Hájek et al., 2014). V současnosti Hanáková et al. (2015) uvádějí jako jedinou podmínku pro provedení císařského řezu to, že hlava plodu nebo jiná část plodu, není doposud vstoupila hluboko v pochvě. Císařský řez je zapotřebí provést dříve, než se provádí operativní porod (vakuumextraktor, klešťový porod), ten se provádí až ke konci vypuzovací doby (Hájek et al., 2014).

Těhotenství ženy lze ukončit pomocí císařského řezu z důvodů, které souvisejí se ženou nebo s plodem (Komár, 2011). Během těhotenství jsou žena a plod v propojení, a tak velká část indikací spolu souvisí a je pro oba společná (Hájek et al., 2014). Schneiderová (2014) uvádí případy, kdy se císařský řez doporučuje, nebo je nutné jej provést a řadí mezi indikace například kefalopelvicí nepoměr, infekci rodidel, vícečetné těhotenství, placentu praevii, příznaky hypoxie plodu, výhřez pupečníku nebo stavy po operacích na děloze ženy. Až 90 % žen po primárním císařském řezu, má následující těhotenství ukončené také císařským řezem (Wallenborn, et al., 2017). Hanáková et al. (2015) dále zmiňují důvody k ukončení porodu císařským řezem předčasné odloučení placenty, prodloužené těhotenství, nezralost plodu a nepravidelné uložení plodu, jakým je i konec pánevní. Jako další indikaci k císařskému řezu (nejpozději ve 36. týdnu těhotenství nebo dle stavu ženy), uvádějí Hájek et al. (2014) kardiovaskulární onemocnění, kdy je ženě po výkonu podána antibiotická léčba a nízkomolekulární heparin. Hanáková (2017) uvádí jako další indikace k císařskému řezu pouřazové stavy, a to hlavně pánve, (ke kterým mohlo dojít například při autonehodě), další indikací mohou být i oční vady (kdy je zapotřebí vyšetření očním lékařem), všechny tyto stavy se zjišťují pomocí osobní anamnézy ženy.

Hájek et al. (2014) rozděluje císařský řez na primární (plánovaný) a sekundární (akutní), kdy záleží na druhu indikace k němu. Schneiderová (2015) rozděluje císařský řez stejně, kdy primární tedy plánovaný císařský řez je dohodnutý již během těhotenství, například z důvodu indikace nepravidelného uložení plodu. U plánovaného císařského řezu je dle Hájka et al. (2014) zapotřebí provést celkové vyšetření ženy, které zahrnuje odběry biologického materiálu (krev, moč), dále EKG a interní vyšetření celkového zdravotního stavu ženy, a v případě, že se zjistí nějaké onemocnění, je zapotřebí jej kompenzovat ještě před výkonem. Kadlecová (2010) se zmiňuje o možnosti, kdy je žena přijata na lůžkové oddělení již den před výkonem, některé nemocnice ale umožňují, aby pacientka přišla do nemocnice až ráno v den výkonu. Před výkonem porodní asistentka dle ordinací lékaře zajistí prevenci tromboembolické nemoci (TEN), která spočívá v bandáži dolních končetin, v rehydrataci a v energetické a iontové substituci (Hájek et al., 2014). Kadlecová (2010) dále uvádí aplikaci očistného klyzmatu, oholení břicha a pubického ochlupení. Jako bezprostřední přípravu před výkonem Kadlecová (2010) udává kontrolu oholení ochlupení, odložení šperků a eventuálně zubní protézy, také podání ATB dle ordinace lékaře a zavedení permanentního močového katétru (vše však záleží na zvyklostech nemocnice a ošetrovatelské jednotky).

Schneiderová (2015) udává, že akutní císařský řez se provádí v momentě, kdy je na životě ohrožen plod či žena anebo oba, například v souvislosti s vyhrzlým pupečnÍkem nebo z důvodu předčasnÉho odloučení placenty. Při akutním císařském řezu je důležité, aby porodní asistentka na základě ordinace lékaře, co nejrychleji zajistila minimálně dva žilní vstupy a odebrala vzorky krve na nejdůležitější rozbory, pokud dojde ke komplikacím například k hypoxii plodu či hyperaktivitě dělohy, je zapotřebí aplikovat tokolytika, aby se utlumila děložní činnost, dále porodní asistentka zavede permanentní močový katétr a ženu odváží na operační sál, kde naposledy zkontroluje pomocí stetoskopu nebo kardiografu ozvy plodu (Hájek et al., 2014).

1.2.2 Anestezie využívaná u císařského řezu

Barash et al. (2015) rozdělují anestezii na celkovou a neuroaxiální, kam řadí subarachnoidální anestezii, epidurální anestezii a kombinovanou spinálně epidurální anestezii. Výběr druhu anestezie záleží na několika faktorech, a to na indikaci k císařskému řezu, časové náročnosti na rychlost podání anestezie, na zkušenostech anesteziologa a také na tom, jaký druh anestezie si žena přeje (Hájek et al., 2014).

Vondráček et al. (2011) říkají, že při celkové anestezii se u pacientky pomocí anestetik navodí umělý spánek, při kterém nedochází k vnímání bolesti (tato anestezika lze aplikovat buď nitrožilně či inhalačně). Celková anestezie je vhodná, jak pro plánované, tak pro akutní císařské řezy (Hájek et al., 2014). Dle Vondráčka et al. (2011) je důležité, aby žena byla poučena a byl podepsaný informovaný souhlas s podáním vybrané anestezie. Výhodami celkové anestezie je rychlý účinek, relaxace příčně pruhované svaloviny, nedochází k poklesu krevního tlaku a díky nutné intubaci dýchacích cest je lépe kontrolováno dýchání ženy (Hájek et al., 2014). Nevýhodami celkové anestezie je zvýšené riziko aspirace, během operace u ženy nesmí být přítomen partner, ani jiný doprovod, a z důvodu umělého spánku nedochází ke kontaktu matky s novorozencem bezprostředně po porodu, a následně může dojít k dechovému útlumu novorozence vlivem anestezie (Hájek et al., 2014).

Barash et al. (2015) uvádějí jako výhodu neuroaxiální anestezie (perispinální svodné anestezie) jednak snížené riziko aspirace žaludečního obsahu, a také snížení tlumivého účinku léků. Hájek et al. (2014) píše, že tato neuroaxiální anestezie může být také nazývána jako regionální. Barash et al. (2015) člení tuto neuroaxiální anestezii za prvé na subarachnoidální anestezii, ta se dle Brychty, Staňka et al. (2014) aplikuje do mozkomíšního moku. Za druhé se dle Barasha et al. (2015) neuroaxiální anestezie dělí na epidurální anestezii, kterou aplikujeme nad tvrdou míšní plenu (Brychta, Staněk et al., 2014), a za třetí ji dělíme na kombinovanou spinálně epidurální anestezii (Barash et al., 2015). Brychta, Staněk et al. (2014) uvádějí, že oba způsoby anestezie mají stejný anatomický podklad účinku anestetika. Pro tyto druhy anestezie bývá používán i název centrální blokáda (Hájek et al., 2014). Málek et al. (2016) udávají výhodu subarachnoidální blokády v tom, že jednak dochází k lepší relaxaci svalstva, také je zapotřebí menší dávka anestetik, ale za nevýhodu, považují rychlý pokles krevního tlaku. U epidurální anestezie je nižší riziko vzniku postpunkčních bolestí hlavy, ale nevýhodou epidurální anestezie je, oproti té subarachnoidální anestezii, časová náročnost v začátku působení anestezie (Barash et al., 2015). U kombinované spinálně epidurální anestezie se dostaví nástup účinku rychle za použití malé dávky anestetika (Barash et al., 2015).

1.2.3 Způsoby provedení císařského řezu

Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádějí, že způsob řezu na děloze nemusí ve všech případech odpovídat kožnímu řezu na břicho. Hájek et al. (2014) udávají několik

typů řezů, jak lze císařský řez provést, jsou jimi příčný supracervikální řez (ten je nejčastější), dalším řezem je cervikokorporální řez (provádí se, při masivním prorostu placenty dělohou, v dolním děložním segmentu), a dalším je korporální (klasický) řez (dříve se používal výhradně a jiný způsob neexistoval). Nevýhodou tohoto řezu je vysoké riziko ruptury dělohy při opakovaném těhotenství, dalšími již nepoužívanými způsoby řezů jsou například U řez nebo esovitý řez (Hájek et al., 2014).

Metod, jak provést císařský řez, je několik, například supracervikální transperitoneální způsob řezu (Schneiderová, 2014). Hájek et al. (2014) uvádějí, že tento způsob řezu (supracervikální transperitoneální) je nejčastější, kdy je operace započata laparotomií a dále je možné pokračovat dvěma způsoby. Schneiderová (2014) mluví pouze o jednom způsobu, a to o příčném suprapubickém (Pfannenstielově řezu), který se provádí 2 cm nad sponou, nejprve se pronikne skrz kůži, podkoží a fascii, dále potom podélně skrz přímé břišní svaly k peritoneu, které se prořízne také podélně. Následujícím krokem operace je odkrytí dolního děložního segmentu, kde se provede krátký, obloukovitý řez dle Geperta (Schneiderová, 2014). Poté dojde k porušení vaku blan a vybavení plodu z dělohy, přeruší se pupečník a novorozenec se předá do péče neonatologům (Hájek et al., 2014). Následně se podají ženě uterotonika (např. oxytocin 5 jednotek i.v.), porodník vyjme placentu a zkontroluje děložní dutinu a operační ránu, kterou zašije a to ve dvou vrstvách (Schneiderová, 2014). Hájek et al. (2014) uvádějí jako výhodu tohoto řezu pěkný kosmetický efekt a nízký až vzácný výskyt pooperačních kýl.

Dalším způsobem přístupu k provedení císařského řezu je střední dolní laparotomie, kdy je řez veden od pupku až ke sponě v délce přibližně 10 - 12 centimetrů (Hájek et al., 2014). Hájek et al. (2014) vidí jako výhodu provedení takového řezu jeho rychlost a možnost dalšího rozšíření, ovšem tento způsob řezu na kůži břicha ženy se provádí primárně jen výjimečně.

1.2.4 Péče o ženu porodní asistentky po císařském řezu

Péče porodní asistentky o ženu po císařském řezu začíná převezněním ženy z operačního sálu na ošetrovatelskou jednotku, kde porodní asistentka uloží ženu do mírně zvýšené polohy, upevní EKG svody na hrudník ženy, na levý ukazováček horní končetiny ženy upevní saturační čidlo a na pravou horní končetinu upevní manžetu na měření krevního tlaku, v neposlední řadě provede kontrolu zavedené flexily a podá infuzní terapii dle ordinace lékaře (vše záleží na zvyklostech nemocnice a

ošetřovatelské jednotky) (Koudelková, 2013). Důležité je, aby porodní asistentka ženě sdělila, kde se nachází, jak funguje signalizační zařízení, že momentálně nesmí požívat žádné tekutiny ani jídlo, že moč ženy je odváděna pomocí centrálního močového katétru, a že má žena nárok požádat o léky na tlumení bolesti (Koudelková, 2008). Podroužková a Muknšnáblová (2014) udávají možnosti tlumení bolesti pomocí intravenózních nebo intramuskulárních léků.

Velmi důležitým krokem v péči porodní asistentky o ženu po císařském řezu je dle Podroužkové a Muknšnáblové (2014) prevence tromboembolické nemoci (TEN), která spočívá v aplikaci bandáží na dolní končetiny ženy již před výkonem, které si žena ponechá i po výkonu alespoň 12 hodin (dle zvyklostí nemocnice a ošetřovatelské jednotky). Porodní asistentka nadále dbá na dostatečnou hydrataci ženy a na to, aby byla žena včasné mobilní, kdy se s ženou vstává z lůžka již první den po provedené operaci (vše záleží zvyklostech nemocnice a ošetřovatelské jednotky) (Koudelková, 2013). Podroužková a Muknšnáblová (2014) dále udávají, že pokud se jedná o ženu s vyšším rizikem vzniku tromboembolické nemoci, lékař předepíše aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Koudelková (2013) dále upozorňuje na důležitost kontroly fyziologických funkcí (během prvních 12 hodin po císařském řezu), které jsou kontrolovány monitory, také je zapotřebí zkontrolovat, zda permanentní močový katétr odvádí moč (jakého je charakteru), stejně tak je důležité kontrolovat i drény.

Po určité době od císařského řezu, je žena mobilizována, kdy ji porodní asistentka poučí o správném způsobu vstávání přes bok s přidržáním si jizvy po císařském řezu (dle zvyklostí nemocnice a ošetřovatelské jednotky) (Koudelková, 2008). Přibližně po 24 hodinách od zavedení permanentního močového katétru je ženě katétr odstraněn, a žena by se měla do šesti hodin spontánně vymočit (Podroužková a Muknšnáblová, 2014). Ženám po císařském řezu jsou zajištěny diety, kdy v den operace dostávají pouze čaj, první den po operaci mají stravu tekutou, a druhý den po operaci mají racionální dietu pro těhotné a kojící ženy (vše záleží na zvyklostech nemocnice a ošetřovatelské jednotky) (Koudelková, 2013).

Péče o novorozence včetně prvního ošetření se liší dle zvyklostí nemocnice a ošetřovatelské jednotky (Slezáková et al., 2013). Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádějí, že porodní asistentka převezme novorozence od porodníka do teplé pleny, položí jej na vyhřevné lůžko, osuší jej, vykape oči desinfekčním roztokem, aplikuje vitamín K do úst novorozence, aplikuje ID náramek a obleče jej.

Dle Baškové (2015) má porodní asistentka kompetenci pečovat o fyziologického novorozence, kdy se stará hlavně o hygienickou péči a kojení novorozence, a dále v těchto oblastech edukuje ženu.

1.2.5 Komplikace císařského řezu

Hájek et al. (2014) uvádějí, že u žen po císařském řezu dochází až 6x k vyššímu výskytu komplikací, než u žen, které rodily spontánně. Koudelková (2013) rozděluje komplikace po císařském řezu na peroperační, časné pooperační a pozdní pooperační. Peroperační komplikací u císařského řezu může být krvácení, tato komplikace patří k nejčastěji se vyskytující komplikaci, ke které může dojít v souvislosti s porušenou hemokoagulací (Hájek et al., 2014). Další peroperační komplikací může být nebezpečí poranění reprodukčních orgánů, ale i riziko poranění okolních tkání a struktur, a to hlavně po prodělané předchozí operaci v oblasti břicha, nelze však vyloučit ani riziko neúmyslného poškození plodu při provádění císařského řezu (Komár, 2011). Mezi časné pooperační komplikace řadí Koudelková (2013) rozestup (dehiscence) operační rány v místě sutury, a to hlavně u obéznějších žen. Závažnou komplikací může také být embolie nebo vznik infekce (Hájek et al., 2014). Jako prevenci proti vzniku embolie může porodní asistentka podat nízkomolekulární heparin, v prevenci proti vzniku infekce lze využít antibiotickou léčbu, vše dle ordinace lékaře (Koudelková, 2013). Pozdní negativní pooperační komplikace se mohou projevovat chronickou bolestí v pánevní oblasti, které se objevují v souvislosti s pooperačními srůsty, nebo se mohou jako pozdní, pooperační komplikace dostavit bolesti hlavy tzv. postpunkční cefalea (Komár, 2011). Postpunkční cefalea je nejčastější komplikace, která se objevuje v souvislosti s epidurální analgezií při perforaci dura mater, přičemž dochází ke snížení intrakraniálního tlaku (Koudelková, 2013).

Dalšími pozdními komplikacemi císařského řezu mohou být dle Hájka et al. (2014) kýly v jizvě, anesteziologické komplikace nebo pooperační hematom. Komár (2011) zmiňuje riziko vzniku komplikací u císařského řezu přibližně kolem 5 %, kdy nejnižší riziko vzniku komplikací nastává u plánovaných císařských řezů (a to kolem 1,5 %).

Finská studie ukázala, že novorozenci, kteří byli porozeni pomocí císařského řezu, měli častěji pozitivní testy na alergie a více trpěli bronchiálním astmatem, než novorozenci, kteří přišli na svět vaginální cestou (Heinrich, 2015).

1.3 Šestinedělí

Po porodu nastává období, které nazýváme šestinedělí (trvá 6 týdnů), šestinedělím tedy (puerperium) rozumíme období, které začíná porozením novorozence a končí za šest týdnů (Koudelková, 2013). Zjednodušeně je to období šesti týdnů po porodu, které je velmi důležité pro budování vztahu mezi ženou a novorozencem, ale i pro budování vztahu mezi novorozencem a ostatními členy rodiny (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Hájek et al. (2014) rozdělují toto období na rané šestinedělí (prvních sedm dnů po porodu) a pozdní šestinedělí (do 42. dne), kdy dochází k návratu těhotenských změn na orgánech a těle ženy. Během raného šestinedělí dochází ke změnám hlavně funkčním, které se týkají především oběhového a dýchacího ústrojí (Gregora, Velemínský ml., 2013). Po vypuzení plodu z dělohy ženy nastávají první změny, a to změny na děloze, kterými jsou retrakce, kontrakce a involuce děložní (Hájek et al., 2014). Slezáková et al. (2013) uvádějí, právě retrakci a kontrakci dělohy za bolestivou, vyskytující se obzvláště u vícerodiček, anebo při kojení v souvislosti s působením uvolňujícího se oxytocinu. Další změnou, kterou tělo ženy po porodu zažívá, je návrat pohlavních orgánů do stavu před těhotenstvím, kdy dojde k hojení porodního poranění (Hájek et al., 2014). Během šestinedělí nastávají u žen změny i v jiných systémech, například v močovém ústrojí nebo v trávicím ústrojí, ale také se mění hemodynamika, nebo dochází k poklesu hladiny placentárních hormonů (placentární laktogen, choriový gonadotropin) (Koudelková, 2013).

Ke změnám u žen po porodu patří i odlučování zbytků sliznice, která vystylá děložní dutinu, a to v podobě očístek (Gregora, Velemínský ml., 2013). Během této doby je důležité klást důraz na hygienu, o které edukuje ženu porodní asistentka (Koudelková, 2013). Také ženu edukuje o tom, že odchod očístek je normální a jejich množství i barva se bude postupně měnit (první čtyři dny jsou krvavé, pak budou nahnědlé, až nažloutlé) (Gregora, Velemínský ml., 2013).

U ženy po porodu se mohou dostavit i změny psychické, související s hormonálními a somatickými změnami (Slezáková et al., 2013). Asi nejznámější psychickou poruchou po porodu je poporodní blues, projevující se špatnou náladou, plačtivostí ženy, smutkem nebo neklidem ženy (Gregora, Velemínský ml., 2011). Dalším psychickým problémem může být poporodní deprese, kdy lze uvažovat o návratu už dříve diagnostikované poruchy, anebo to lze předpokládat za začátek nové poruchy (Takács, Sobotková, Šulová, et al., 2015). Mezi psychické onemocnění se řadí

také poporodní psychóza (druh schizofrenie, projevující se v šestinedělí), která se často vyskytuje u žen, kdy se v jejich rodině již psychiatrické onemocnění objevilo (Hanáková, 2017). Weiss et al. (2010) uvádějí, že se poporodní psychóza dnes neuznává jako samotná klinická jednotka, jedná se o návrat klasické psychózy (nebo její první vzplanutí). Problémem je, že žena u poporodní psychózy může ublížit sobě nebo novorozenci (Takács, Sobotková, Šulová, et al., 2015).

V případě fyziologického porodu a fyziologické adaptace novorozence, lze umístit ženu s novorozencem do systému roaming-in, pokud však během porodu nastaly komplikace, a žena je po něm vysílena, je možné, aby byl novorozenec z počátku umístěn na ošetrovací jednotku fyziologických novorozenců, kde je o něj postaráno novorozeneckými sestrami (Gregora, Velemínský ml., 2013). Vedle toho u porodu císařským řezem bývají ženy uloženy na dospávací pokoje či porodnické jednotky intenzivní péče přibližně na dva dny (Koudelková, 2013). V tomto případě, dovážejí novorozenecké sestry nebo porodní asistentky novorozence za ženou v pravidelných intervalech tří hodin, anebo na samotné vyžádání ženy (Koudelková, 2013).

Hájek et al. (2014) se zmiňují o kontrole po uplynulém období šestinedělí, kdy se žena dostaví ke svému obvodnímu gynekologovi na vyšetření, kde se zkontroluje zahojení porodního poranění, provede se onkogynekologické vyšetření, odběr na cytologii, zkontroluje se případné krvácení a také zda, a jak žena novorozence kojí. V průběhu šestinedělí i po jeho skončení je důležité se zajímat se o pravidelné vyměšování ženy, z důvodu pomalejší peristaltiky následované zácpou (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.4 Laktace

Kojení a vytváření mateřského mléka je dle Hanákové et al. (2015) přirozeným procesem, který nemá být u ženy příčinou obav, ale radosti. Stejně tak nahlíží na kojení i Gregora se Zákosteleckou (2014), kteří považují kojení za přirozený děj, a také nejpřirozenější metodu podávání výživy novorozenci. Kojení pozitivně přispívá k budování vzájemného vztahu mezi ženou a novorozencem (Gregora, Velemínský ml., 2013), a naprosto přirozeně přechází z dějů během těhotenství a během porodu na stav, kdy je tělo ženy připravené kojit (Hanáková et al., 2015). Muntau (2014) se přidává k názorům, že je kojení ideální způsob výživy pro novorozence, kdy je mateřské mléko dokonale přizpůsobeno momentálním potřebám novorozence, a to hlavně ohledně složení, správné teploty, okamžité dostupnosti a také díky tomu, že je levné.

Gregora se Zákosteleckou (2014) mluví o mateřském mléku jako o zázračné a unikátní tekutině, která má dokonalou schopnost přizpůsobit se potřebám a vývojovému stupni novorozence. Kojení je považováno za velmi pohodlný způsob výživy, který je prospěšný nejen pro novorozence, ale i pro ženu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hanáková et al. (2015) se zmiňují o výzkumech, ve kterých bylo pečlivě dokumentováno krátkodobé i dlouhodobé kojení, kdy výsledkem byl význam pro celoživotní zdraví ženy i novorozence. Výsledkem studií je preventivní účinek u novorozenců, který se vyznačuje u alergických onemocnění dýchacích orgánů a kůže, dále i u diabetu I. typu a s největší pravděpodobností i u chronických zánětlivých onemocnění střev (Heinrich, 2015). Dle Muntau (2014) kojení napomáhá snižovat riziko vzniku atopického onemocnění u novorozenců, dále pomáhá snižovat riziko obezity, zánětu středního ucha nebo infekčních průjmových onemocnění u kojenců a starších dětí. Pro ženy je kojení prospěšné v ohledu nižšího rizika výskytu karcinomu ovaria a prsu (Muntau 2014).

Začátek laktace v podobě mleziva se objevuje přibližně první či druhý den po porodu, plné mateřské mléko se poté objevuje přibližně třetí den po porodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pokud však nastane situace, že je ženě proveden císařský řez, je možné, že se nástup laktace o několik dní opozdí (Gregora, Zákostelecká, 2014). Dort et al. (2013) uvádějí, že celková doba výlučného kojení dle WHO se doporučuje pouze do 6 měsíců, poté se do jídelníčku kojence postupně zařazují i nemléčné příkrmy. Dle WHO by se děti neměly kojit déle než do dvou let věku (Dort et al., 2013). Na kojení má nárok každý novorozenec, a Úmluvou o právech dítěte v čl. 24 je garantováno, že kojení je právní nárok dítěte (Hanáková et al., 2015).

1.4.1 Anatomie prsu

Prs je párový orgán (Slezáková, 2013). Mamma nebo-li prs, je určité vyklenutí, které je na přední straně hrudníku ženy, ve kterém je uložena glandula mammae, nebo-li mléčná žláza (Čihák, 2016). Hájek et al. (2014) mluví o tom, že průřez prsu ukazuje dvě vrstvy, jedna je vlastní mléčná žláza a druhá vrstva je tuková tkáň.

Vývoj prsu a mléčné žlázy začíná již v embryonálním období u obou pohlaví, kdy vzniká pruh epitelového ztlustění tzv. mléčná lišta (Čihák, 2016). U Hájka et al. (2014) se dočteme, že se mléčná žláza skládá z 15 až 20 laloků, které jsou kyjovitého tvaru, s tímto souhlasí i Janíková et al. (2013). Tyto laloky jsou uloženy v tuhém vazivu, kde tvoří terčovité těleso (corpus mammae), a jejich povrch je velmi rozbrázděný. Žlázové

laloky ústí do mammární jamky, kdy stěny jamky v pozdější době rostou a vytvářejí prsní bradavku, kůže v okolí prsní bradavky se přeměňuje na prsní dvorec (areola mammae) (Čihák, 2016). U dospělé ženy se setkáváme se čtyřmi antropologickými tvarovými typy, a ty se v průběhu života ženy postupně vystřídají, mamma disciformis (plochý prs), mamma spheroidea (polokulovitého tvaru, který je klasický), přetrvává pouze přechodně a nahrazuje jej mamma piriformis (hruškovitý tvar s vytvářející se rýhou pod prsem), mamma pendula (ochablý prs) (Čihák, 2016). Funkce mléčné žlázy je ovlivněna hormony, a to především luteálním hormonem, který slouží k rozvoji žlázových alveolů, funkci mléčné žlázy také ovlivňují i hormony placenty a hormon předního laloku hypofýzy – prolaktin (Čihák, 2016).

Rozsah mléčné žlázy je velmi individuální, její hranice jsou určovány přibližně tak, kraniální - v úrovni II. žebra, kaudální - 1 – 2 cm pod submammární rýhou (cca VI. Až VII. žebro), mediální – parasternální čára, laterální – střední až zadní axilární čára, kraniolaterální – bývá žláza asymetricky protažena (Coufal et al., 2011). Hmotnost prsů u ženy se pohybuje v rozmezí 130 – 200 g, ale v období laktace se hmotnost prsů zvyšuje na 300 – 500 g, někdy však může být až 900 g (Čihák, 2016). Kůže na prsou je velmi jemná a citlivá, kdy na vrcholu přechází do kruhového dvorce (areola mammae), který měří v průměru 3 – 5 cm, ale v těhotenství se může prodloužit až na 7 cm (Hájek et al., 2014). Uprostřed dvorce se nachází prsní bradavka, na jejímž povrchu jsou brázdy s drobnými otvůrky, ze kterých vyúsťují mlékovody (Hájek et al., 2014).

Tukovou tkáň prsů má každá žena, jen je u každé z žen různě vyvinutá (Hájek et al., 2014). Mléčná žláza je v prsech obalena tukovým polštářem, který je tvořený premammární vrstvou a retromammární vrstvou (Čihák, 2016). Hájek et al. (2014) mluví o retromammárním tuku jako o vrstvě silné 0,5 – 1 cm. Premammární tuk vyplňuje jamky, které jsou mezi žlázovými lalůčky, a tím se srovnává a zaobluje povrch prsů (Čihák, 2016). Hájek et al. (2014) se zmiňují o tom, že velikost prsu nezáleží na velikosti mléčné žlázy, ale hlavně na množství tukové tkáně (viz Příloha 1).

K největším a nejvýznamnějším změnám prsů dochází u ženy v období puberty, těhotenství, kojení a v přechodu (Slezáková et al., 2013). Hájek et al. (2014) udávají, že tzv. panenská mléčná žláza není zcela vyvinutá, k jejímu dovyvinutí dochází během těhotenství za působení pohlavních hormonů a prolaktinu, a k plnému vyvinutí dochází až se začátkem sekrece mléka ke konci těhotenství a během kojení. V prvních dnech po porodu dochází u ženy pouze k tvorbě mleziva, a plné mateřské mléko se začíná tvořit 3. - 4. den po porodu (Slezáková et al., 2011). Za vyvinutí mléčné žlázy tedy odpovídá

hormon prolaktin, který nadále stimuluje tvorbu mateřského mléka, a jeho hladina stoupá vždy s dalším přisáním novorozence k prsu a to hlavně přes noc (Hanáková et al., 2015). Dalším hormonem je hormon oxytocin, ovlivňující uvolňování mateřského mléka (je zapotřebí myslet na to, že hormony vyprodukované na podkladě stresu, brzdí funkci oxytocinu, a následně i produkci mateřského mléka) (Hanáková, 2010).

1.4.2 Fyziologie laktace

Dle Hanákové et al. (2015) je kojení přirozený a standardní způsob výživy novorozence. Dle Hájka et al. (2014) se na příchod laktace organismus ženy připravuje v průběhu celého těhotenství. Hanáková et al. (2015) říkají, že nástup laktace je ovlivněn fyziologickými změnami v těle těhotné ženy, a že tyto změny souvisí s hormony, vytvářejícími se na konci třetího trimestru a během porodu. Hanáková et al. (2016) říkají, že na ženin organismus působí řada hormonů. Hájek et al. (2014) zmiňují například estrogény, ty způsobují růst mlékovodů, progesteron způsobuje stimulaci alveolárního epitelu, a aby došlo k vyvinutí mlékotvorného aparátu, je zapotřebí spolupráce tzv. laktogenního hormonálního komplexu.

Základem pro tvorbu mateřského mléka je hormon zvaný hypofyzární prolaktin, který se vytváří v předním laloku hypofýzy (Muntau, 2014). Hájek et al. (2014) přidávají další důležitý prvek pro nástup laktace, a to sníženou hladinu estrogenů a progesteronu.

Tvorba mateřského mléka a jeho množství je podporováno kojením, tedy vyprazdňováním prsních žláz (Muntau, 2014). Hájek et al. (2014) udávají, že při kojení dochází sacími pohyby dítěte k dráždění bradavky, čímž je drážděn periferní nervový systém, a tím dochází k zvýšené tvorbě prolaktinu. Přes dráždění bradavky se také stimuluje neurohypofýza, a ta způsobuje větší tvorbu oxytocinu, ten napomáhá ke kontrakci myoepiteliálních buněk, a tím dopomáhá k posunu mléka z alveolů a mléčných vývodů (Hájek et al., 2014). Toto tvrzení se shoduje s tvrzením od Muntau (2014), který dodává, že vyplavení oxytocinu ze zadního laloku hypofýzy je podporováno senzoryckými podněty, mezi které patří například přiložení novorozence a následné sání.

1.4.3 Mateřské mléko a jeho složení

Mateřské mléko rozdělujeme na kolostrum nebo-li mlezivo, přechodné (tranzitorní) mléko a zralé mateřské mléko (Muntau, 2014).

Mleзиво (kolostrum) nastupuje během prvniých dvou dnu po porodu, ale muže se objevit již v těhotenství, kdy dochází k jeho uvolňování pomocí stlačení bradavek (Hájek et al., 2014). Kukla et al. (2016) uvádějí, že se kolostrum objevuje do 4. dne po porodu, vyznačuje se nižším energetickým obsahem (56 kcal/100ml), nižším obsahem tuků a cukrů, kolostrum má vyšší obsah bílkovin a z toho je minimálně 50 % sekreční IgA. Dále kolostrum obsahuje hojné množství bílých krvinek a to makrofágy, polymorfonukleární granulocyty a lymfocyty, také je kolostrum výhodné pro hodnotné imunologické funkce (Muntau, 2014). Hájek et al. (2014) přidávají zmínku o obsahu minerálních látek v kolostru, a to hlavně hořčíku, který napomáhá střevní peristaltice k urychlování vypuzení smolky. Kushi (2014) tvrdí, že pokud se novorozenci nedostane kolostrum, nebo se mu dostává nekvalitního mateřského mléka, je více ohroženo vznikem různých onemocnění a alergií. Gregora se Zákosteckou (2014) se zmiňují o tom, že i pár kapek kolostra, které novorozenec požije v prvniých chvílích po porodu, jsou velmi důležité, hlavně v důsledku snížení rizika vzniku obezity, alergií nebo infekčních průjmových onemocnění.

Přechodné mléko (tranzitorní) se objevuje u ženy přibližně mezi 5. až 10. dnem po porodu (Muntau, 2014). Kukla et al. (2016) uvádí, že jeho energetická hodnota je již o něco vyšší (60 kcal/100 ml), a obsah tuků a cukrů je také vyšší, na rozdíl od bílkovin.

Zralé mateřské mléko je dle Hájka et al. (2014) nejlepší možný způsob stravování novorozence, a to díky složení mateřského mléka, optimální teplotě mateřského mléka a možnosti okamžitého podání. Zralé mateřské mléko nastupuje u žen velmi individuálně nejčastěji však přibližně třetí den po porodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Muntau (2014) však uvádí, že se zralé mateřské mléko u ženy objevuje až od 11. dne po porodu.

Gregora se Zákosteckou, (2014) mluví o tom, že složení mateřského mléka se mění podle potřeb a stupně vývoje novorozence, a je dostatečně bohaté na všechny potřebné živiny, které novorozenec ke svému vývoji potřebuje. Energetická hodnota zralého mateřského mléka je vyšší než přechodného mléka (68 kcal/100 ml), zralé mléko obsahuje vyšší obsah tuků, ale nižší obsah bílkovin, obsah sacharidů je stejný jako u přechodného mléka (Muntau, 2014). Gregora se Zákosteckou (2014) uvádějí, že zralé mateřské mléko obsahuje zvláštní cukry, které napomáhají trávení a také k vývoji imunitního systému novorozence. Hlavními složkami zralého mateřského mléka jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk, ale také vitamíny, kromě vitamínu K. (Hájek et al., 2014). Dort et al. (2013) dodávají, že vitamíny, které jsou rozpustné ve vodě, mají v mateřském mléce pro novorozence dostačující zastoupení, zatímco vitamíny D a K

jsou v mateřském mléce zastoupeny velmi málo. Vitamín K je u plně kojených novorozenců nutné dodávat (buď perorálně, subkutánně, intramuskulárně, nebo intravenózně) (Muntau, 2014). Vitamín K by se měl novorozenci dodávat z důvodu vzniku rizika spontánního krvácení u novorozenců, stejně tak je nutné dodávat i vitamín D, v souvislosti s jeho nedostatkem může vzniknout onemocnění křivice (Muntau, 2014). Mateřské mléko, stejně jako mlezivo obsahuje imunoglobuliny, například imunoglobulin A, který napomáhá k prevenci proti usídlování bakterií na sliznicích, jednou z mnoha bakterií, proti kterým IgA bojují, je *Escherichia coli* (Hájek et al., 2014).

V předním mateřském mléku je hojně zastoupeno množství vody a cukru, toto mateřské mléko slouží novorozenci na žízeň (Vytejková et al., 2011). Pokud se stane, že novorozenec pije z jednoho prsu pouze chvíli a vypije vždy pouze přední mléko, mívá zelenou stolicí a více trpí na větry, a to z důvodu, že přední mléko je více sladké a ve střevě daleko více kvasí, novorozenec má brzy po kojení opět hlad (Gregora, Velemínský ml., 2011).

V zadním mateřském mléku jsou zastoupeny složky tuků a vitamínů, které jsou rozpustné v tucích, toto mateřské mléko slouží novorozenci na hlad (Vytejková et al., 2011).

Dle Muntau (2014) mateřské mléko obsahuje bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, vitamíny a imunoglobuliny, to stejné popisují Dort et al. (2013), Stožický et al. (2016) i Kushi (2014). Muntau (2014) se jako první zmiňuje o bílkovinách, kdy tvrdí, že v mateřském mléce je obsah bílkovin nízký, a mluví o podílu kaseinu, který je v mateřském mléce zastoupen 40 %. Dort et al. (2013) o bílkovinách mluví také a říká, že přes 70 % bílkovin tvoří bílkoviny syrovátky, hlavně laktalbumin a zbytek tvoří kasein. Stožický et al. (2016) uvádějí poměr bílkoviny syrovátky a kaseinu 60:40. Dále se Muntau (2014) zmiňuje o sacharidech a říká, že hladina sacharidů v mateřském mléce je celkem vysoká, kdy největší zastoupení v sacharidech má laktóza. Zastoupení sacharidů v mateřském mléce napomáhá růstu *Lactobacillus bifidus* a snižuje růst *E. coli*, s tímto souhlasí i Stožický et al. (2016). Další složkou mateřského mléka dle Dorta et al. (2013) je tuk, který tvoří přibližně 50 % kalorické hodnoty a také udává, že složení tuku v mateřském mléce se mění i během jednoho kojení v závislosti na předním či zadním mléku, kdy je zadní mléko 4 – 5x tučnější oproti přednímu mléku. Muntau (2014) uvádí jako další složku mateřského mléka minerály, kterými jsou vápník, zinek a železo. Dort et al. (2013) se navíc zmiňují o sodíku, který pozitivně přispívá při ochraně

novorozence, například při horečnatých stavech nebo funkčním přetížení ledvin. Kushi (2014) říká, že vitamíny, které jsou v mateřském mléce, souvisí se stravou matky. Stožický et al. (2016) uvádí, jako další složky mateřského mléka obranné látky – IgA, laktoferin a lysozym. Muntau (2014) přidává k obranným látkám mateřského mléka ještě IgM a IgG, makrofágy, granulocyty, lymfocyty, antiadherentní faktory a antistafylokokové faktory.

Dle Stažického et al. (2016) může mateřské mléko také obsahovat stopy po lécích či návykových a cizorodých látkách (cytostatika, radiofarmaka, lithium, tyreostatika), v tomto případě je kojení kontraindikováno.

1.4.4 Porovnání mateřského a kravského mléka

Vollmer (2016) porovnává množství obsažených živin v mateřském a kravském mléce, kdy bílkoviny mají v mateřském mléce zastoupení 12 mg/l, a v kravském mléce 33 mg/l. Kushi (2014) říká, že bílkoviny z kravského mléka musejí být nejdříve rozloženy, protože pokud k jejich rozkladu nedojde, vytvoří v kontaktu se žaludečními šťávami tuhé a velké chuchvalce, které mohou u novorozence zapříčinit různé zažívací problémy ve formě průjmů, zácpy a nadýmání. Množství tuků, obsažené v mateřském mléce je 37 mg/l a kravské mléko obsahuje 35 mg/l, což je v podstatě stejné (Vollmer, 2016). Proč je mateřské mléko ohledně tuků lepší než kravské, souvisí s tím, že mateřské mléko je lépe stravitelné (Kushi, 2014). Poslední porovnávanou živinou v mateřském a kravském mléce, jsou sacharidy, které mají v mateřském mléce zastoupení 71 mg/l a v kravském mléce 48 mg/l (Vollmer, 2016). Z posuzování množství sacharidů mezi mateřským a kravským mlékem vyplývá, to, že pokud se má vyrovnat rozdíl v množství sacharidů, je nutné do umělé stravy na podkladě kravského mléka přidávat nějaký druh cukru, kdy se nejčastěji používá hnědý nebo třtinový cukr, využívá se ale i kukuřičný sirup, avšak přidávání těchto sacharidů má škodlivé účinky (Kushi, 2014).

1.4.5 Výhody kojení pro novorozence

První a základní výhodou kojení pro novorozence je, že kojení je nejlepším a nejdokonalejším způsobem výživy novorozence, další výhoda kojení spočívá v tom, že pomáhá snižovat výskyt onemocnění u novorozence v pozdějším věku (například průjmová onemocnění, infekce močových cest nebo onemocnění dýchacího systému) (Gregora, Velemínský ml., 2013). Kojení nejenom že posiluje imunitu, ale také brání

možnosti vzniku potravinových alergií, pomáhá chránit zuby a brání většímu výskytu zubního kazu, další výhodou kojení je pozitivní vliv na psychický vývoj a inteligenci dítěte (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Kojení je také prospěšné proti vzniku rizika obezity, která se dnes začíná mezi dětmi rozšiřovat (Gregora, Velemínský ml., 2013). Dallas a Melissa Hartwigovi (2014) uvádějí, že kojení mateřským mlékem pomáhá k méně častému výskytu respiračních nebo ušních infekcí u dětí, a u dospělých pozitivně přispívají k nižšímu výskytu cukrovky prvního typu, astmatu a alergií. To stejné říkají i Gregora s Velemínským ml. (2011) a ještě přidávají menší výskyt náhlého úmrtí novorozence, autoimunitního onemocnění či jiných závažných chorob. Gregora a Zákostecká (2014) se zmiňují o důležitosti kojení s ohledem na vývoj kostí, čímž lze snížit riziko vzniku osteoporózy v pozdějším věku. Dallas a Melissa Hartwigovi (2014) se zmiňují o možnosti ovlivnění intelektu novorozence pomocí kojení, kdy za předpokladu delšího kojení měl novorozenec v dospělosti IQ vyšší, než novorozenec kojený kratší dobu.

1.4.6 Výhody kojení pro ženu

Gregora se Zákosteckou (2014) říkají, že zatímco pro novorozence je kojení nejdokonalejší způsob stravy, pro ženu představuje kojení nejvhodnější, nejlevnější a nejpohodlnější způsob, jak novorozence nakrmit a výhodou je také to, že díky těsnému kontaktu ženy s novorozencem při kojení dochází k navození pozitivního vztahu mezi nimi. Výhodou kojení je, že má žena mateřské mléko stále u sebe k dispozici, kdykoli je potřeba, a k přípravě potravy pro svého novorozence nepotřebuje další vybavení, pozitivní je i to, že je mléko sterilní a v optimální teplotě (Kushi, 2014).

Bezprostředně po porodu děloha stále nemá svou původní velikost, díky kojení se tak rychleji navrácí ke své normální velikosti a tvaru, za pomoci tzv. zavínování dělohy (Gaskinová, 2011). S lepším a rychlejším zavínováním dělohy souvisí další výhoda kojení, kdy kojení napomáhá k menšímu poporodnímu krvácení (pomocí zavínování dělohy) a tudíž k menším krevním ztrátám (Gregora, Zákostecká, 2014).

Velkou výhodou kojení pro matku je menší riziko vzniku rakoviny prsu, vaječníků nebo vznik osteoporózy (Gregora, Zákostecká, 2014). U Gaskinové (2011) se dočteme, že má kojení antikoncepční účinek, je však nutné podotknout, že kojení nelze brát jako spolehlivou a dostatečnou antikoncepci, na kterou se můžeme spolehnout. Gregora s Velemínským ml. (2013) vidí výhodu kojení v tom, že by kojení mohlo pomoci ženám ve snižování přebytečné hmotnosti přibrané během těhotenství.

1.4.7 Rozvoj laktace

Za nejdůležitější úkon v rozvoji laktace ze strany porodní asistentky považujeme první přiložení, k němuž by mělo dojít do třiceti minut po porodu, nejdéle ale do dvou hodin po porodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Gregora s Dokoupilovou (2016) se shodují na tom, že k rozvoji laktace přispívá vybavenost novorozence reflexy, jako je hledací reflex, sací reflex a polykací reflex.

Gregora a Zákostelecká (2014) říkají, že během prvního dne by se měl novorozenec přikládat k prsu v pravidelných intervalech, a to přibližně po třech hodinách. Pokud chce novorozenec častěji, je možné jej přiložit i dříve, tomuto systému se říká systém self-demand (Gregora, Velemínský ml., 2013). To, jak je dlouho novorozenec kojen nijak neomezujeme, novorozenec může být u prsu déle, než půl hodiny, to říkají Gregora se Zákosteleckou (2014), ale Muntau (2014) říká, že by se novorozenec neměl u prsu nechávat déle než 20 minut, protože poté mohou vzniknout bolestivé ragády a tedy i riziko infekce pro ženu. Dlouhé kojení může mít spíše negativní účinek, a to takový, že novorozenec ztrácí enzymy, které napomáhají zpracovávat bílkoviny obsažené v mateřském mléce, a to by mohlo novorozence nepříjemně zahleňovat v dýchacích cestách (Strnadelová a Zerzán, 2013).

Gregora se Zákosteleckou (2014) uvádějí, že v prvních 2 - 3 týdnech provádí žena přiložení novorozence k oběma prsům (důvod je ten, že zatím není rozdíl mezi předním a zadním mlékem), později se již doporučuje kojit pouze z jednoho prsu. Muntau (2014) říká, že k vyprázdnění jednoho prsu dojde přibližně mezi 7 - 9 minutami. Gregora, Velemínský ml. (2013) považují za důležité i to, aby matka měla při kojení pohodlí, nic ji nebolelo, a aby znala správnou techniku kojení, s níž jí v prvních dnech dopomáhá porodní asistentka nebo novorozenecká sestra. Gregora, Velemínský ml. (2011) uvádějí, že by novorozenec neměl v začátcích kojení dostávat žádná šidítka nebo dudlíky, protože narušují techniku sání a může dojít ke zkrácení doby kojení, to může zapříčinit menší produkci až úplnou ztrátu tvorby mateřského mléka.

Rozvojem laktace se také zabývá Laktační liga (© 2016), kde se dočteme o projektu Baby Friendly Hospital, který vypracoval deset bodů k úspěšnému kojení. Laktační liga je nezisková organizace, která se snaží podporovat a propagovat kojení, kdy se zaměřuje na propagaci kojení v ČR, zabývá se výukou tzv. laktačních specialistů, poskytuje konzultace a poradny pro kojící ženy aj. (Laktační liga, © 2016). Baby Friendly Hospital je celosvětová iniciativa vyhlášena WHO a UNICEF v roce

1991, která vznikla za účelem podpory kojení, se skládá z deseti kroků k úspěšnému kojení (Nemocnice ve Frýdku-Místku).

V období kojení může nastat i tzv. laktační krize, která se vyznačuje tím, že vzniká obvykle po šestinedělí, prsa ženy jsou již méně nalitá, novorozenec je při kojení neklidný, a obsah vypitého mléka je menší (Gregora, Velemínský ml., 2013). Důležité je, aby se žena poradila se svým lékařem, zda jde opravdu o nedostatečné množství mléka, či nikoli (Gregora, Dokoupilová, 2016). Dle Gregory (2012) za nedostatečné množství mateřského mléka může nesprávná technika kojení, nevhodná poloha mezi ženou a novorozencem při kojení, anebo nesprávné načasování kojení (četnost kojení, dlouhé časové intervaly mezi kojením, přerušování kojení). Hlavní je, aby žena prodávající laktační krizi omezila aktivity, které ji oddělují od novorozence, v tomto období by měla žena s novorozencem trávit více času v kontaktu kůže na kůži (Gregora, Dokoupilová, 2016). Podstatné k zachování kojení je, aby se žena zaměřila na častější kojení a to i v noci, kdy dochází k nejvyšší hormonální podpoře (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hanáková (2017) uvádí, že toto období trvá přibližně 2 až 4 dny, pokud bude žena trpělivá a bude správně ovládat techniku kojení, mělo by dojít k brzkému návratu do režimu kojení tak, jak byla žena zvyklá již před začátkem laktační krize.

1.4.8 Technika kojení

Stožický et al. (2016) říkají, že kojení není schopnost, se kterou by se žena rodila, ale že je kojení něco, co se žena musí naučit. Proto by měla být žena již v nemocnici edukována porodní asistentkou o správné poloze při kojení, jak své, tak novorozence, dále by měla být edukována o technice kojení, jak se má novorozenec přisát a jak samotné sání vypadá (Koudelková, 2013). Edukace ženy by však měla probíhat i v oblasti hygieny o prsy i ruce ženy, protože je to důležitou součástí kojení (Gregora, Velemínský ml., 2011). Gregora s Velemínským ml. (2013) považují hygienu obzvláště v období šestinedělí za velmi důležitou, kdy je třeba, aby si žena umyla a řádně odesinfikovala ruce vždy po návštěvě toalety a výměně vložek, a to hlavně před samotným kojením, důvod desinfekce rukou před kojením je ten, že zde hrozí riziko přenosu infekčních agens na bradavky a ty poté do úst novorozence.

Další edukace porodní asistentkou dle Gregory a Velemínského ml. (2013) by měla proběhnout s ohledem na polohu ženy při kojení, kdy by žena měla zaujmout polohu pohodlnou a uvolněnou, protože každý nepřirozený pohyb či poloha by mohla mít za následek špatné uvolňování mateřského mléka. Žena tedy zaujímá polohu sobě

vyhovující, pokud si vybere polohu vleže na boku, měla by vypadat tak, že si podloží hlavu polštářem, ne moc, pouze do úrovně ramene a dítě má k sobě těsně přiložené (Gregora, Zákostecká, 2014) (viz Příloha 3). Pokud se žena rozhodne pro variantu vsedě, zajistí a upevní svou polohu podložením dolních končetin stoličkou, dítě může mít položené na polštáři, a přidržuje jej za ramena, nikdy za hlavu, protože dotyky v oblasti hlavy či obličeje mohou vést k matení sacího reflexu. Koudelková (2013) zmiňuje i další možné polohy při kojení, které jsou například fotbalové boční držení, poloha tanečnicka, kojení v polosedě s podloženýma nohama, poloha vleže na zádech, poloha vzpřímená – vertikální a poté polohy pro kojení dvojčat a trojčat (viz Příloha 3). Puapornpong et al., (2017) uvádějí, že ženy po císařském řezu nejčastěji při kojení využívají polohu na boku. V zajištění správně techniky kojení je důležitý i těsný tělesný kontakt mezi ženou a novorozencem, kdy je podstatné, že mezi dotykem jejich břich není žádná překážka ani volný prostor, to dopomůže k tomu, aby se novorozenec správně dokázal přisát k prsu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Kelnarová et al. (2015) udávají, že by nemělo při kojení dojít k tomu, že bude žena přitahovat prs k dítěti, žena by měla přivinout dítě k prsu.

Gregora se Zákosteckou (2014) zmiňují podstatnou informaci, a tou je kontakt mezi ženiným prsem a bradou, tváří a nosem novorozence, kdy se ženy často obávají toho, zda jejich dítě může dostatečně dýchat, pokud je správně zvládnuta technika kojení, nemusí se tohoto problému ženy obávat. Koudelková (2013) se zmiňuje o správném uchopení a držení prsu, ruka ženy by měla mít tvar písmene C (viz příloha 2), kdy jsou prsty ruky zespodu prsa a podpírají ho, zatímco palec ruky je navrchu prsu, ale nemělo by dojít k tomu, že by se prsty dotýkaly prsního dvorce či bradavky. Stožický et al. (2016) říkají, že je důležité dostat do úst novorozence ne pouze bradavku ale i velkou část prsního dvorce, protože sání pouze z bradavky vede k bolestivému kojení a ke vzniku bolestivých trhlinek nebo-li ragád. Podstatou je, aby novorozenec dostatečně otevřel ústa a vystrčil jazyk, který poté ohne do tvaru žlábků kolem prsní bradavky a začne sát (Gregora, Zákostecká, 2014) (viz Příloha 4). Při tomto ději, by se novorozenci měly pohybovat spánky a nevpadávat tváře (Gregora, Velemínský ml., 2013). Novorozenec by neměl během kojení vydávat žádné zvuky, to může svědčit o špatném přiložení, kdy není prsní bradavka dostatečně daleko v ústech novorozence (Gregora, Zákostecká, 2014). Dle Gregory a Velemínského ml. (2013) by měl novorozenec provádět nasávání mléka pomalu, měl by být u kojení klidný, neměl by se

odtahovat od prsní bradavky, a kůže na prsu by se neměla pohybovat se sáním novorozence.

Novorozence je třeba střídavě přikládat k oběma prsům, a to hlavně ze začátku, aby se podpořila tvorba mateřského mléka do budoucna (Koudelková, 2013). Kojení by nemělo matku v žádném případě bolet, bradavka by měla být po kojení bez oděrek, avšak i s poškozenou prsní bradavkou lze kojít tak, aby žena nepocítovala žádnou bolest, stačí, aby ji porodní asistentka informovala o správné technice kojení a naučila ji to (Gregora a Velemínský ml., 2011). Důležitou činností porodní asistentky nebo novorozenecké sestry je kontrola tvaru a velikosti prsních bradavek, protože různé zvláštnosti mohou způsobovat horší přísátí novorozence (Gregora, Velemínský ml., 2013). Problémem mohou být ploché, vpáčené nebo krátké bradavky, kdy již během těhotenství může žena tvar svých bradavek ovlivnit pomocí tzv. formovačů (Hanáková et al., 2015). Pokud má žena vpáčené bradavky, kdy nepomohly ani formovače bradavek, existuje tzv. klobouček, který umožňuje kojení i u vpáčených bradavek (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Muntau (2014) dále zmiňuje úkony, které by žena měla provádět, patří sem opláchnutí prsní bradavky před a po kojení vlažnou vodou, očištění bradavky sterilním čtverečkem a namazání ochranným krémem, pouze po kojení, také zmiňuje důležitost dodržování pitného režimu (více než 2,5 l/den) a omezení nebo vyvarování se kontaktu s alkoholem, nikotinem a kofeinem.

1.4.9 Opožděný nástup laktace a poruchy laktace

Gregora a Velemínský ml. (2013) říkají, že pokud proběhl porod bez komplikací, novorozenec je zralý a zdravý, s ženou v systému roaming-in, a je často přikládán k prsu, tak by se měla laktace objevit do tří dnů po porodu, výjimečně se může nástup laktace o pár dnů prodloužit. Dle Hanákové (2017) způsob, jakým byl porod veden, nijak neovlivňuje nástup laktace, ten ovlivňuje pouze přikládání novorozence k prsu ženy. Gregora se Zákosteleckou (2014) ale připouští možnost, že se nástup laktace po porodu císařským řezem o pár dní opozdí. Hanáková et al. (2015) uvádějí, že i po císařském řezu by mělo dojít k přiložení novorozence k prsu ženy ihned, jak to její zdravotní stav dovolí a to vzhledem k anestezii. Pokud se laktace u ženy neobjeví, lze pro stimulaci tvorby mateřského mléka použít dvoufázovou elektrickou odsávačku, která dokonale napodobuje sání novorozence (Gregora, Velemínský ml., 2013). Koudelková (2013) radí před použitím odsávačky prsa nahřát nebo napařit ve sprše

pomocí teplé vody, tak dojde k lepšímu uvolnění mléka z mlékovodů. Gregora a Velemínský ml. (2013) uvádějí, že tuto odsávačku lze zapůjčit i v nemocnici. Některé typy dvoufázových elektrických odsávaček jsou vybavené programy, které stimulují prs předčasně rodící ženy dle aktuálních potřeb (Hanáková et al., 2015). Základem pro spuštění laktace dle Gregory a Velemínského ml. (2011) je dostatečná stimulace bradavek a dostatečné odsávání, které trvá maximálně 30 minut, kdy by samotnému odsávání měla předcházet jemná masáž prsů.

K podpoře kojení u ženy by měla porodní asistentka přispívat tím, že se jí snaží uklidnit, zajistit kontakt mezi ženou a novorozencem, kdy dochází k pravidelnému přikládání k prsu ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). Porodní asistentka také ženu naučí správnou techniku kojení a dále ji v této problematice kontroluje a edukuje, v případě, že je zapotřebí využít alternativy k rozvoji laktace, porodní asistentka ženu informuje a edukuje o používání dvoufázové elektrické odsávačky (Gregora, Velemínský ml., 2011).

Novorozenec má po porodu dostatečné zásoby od matky a nemusí být hned dokrmován umělou stravou (Gregora a Velemínský ml., 2011). Pokud však, ale u ženy k rozvoji laktace nedojde, je možné využít k výživě novorozence i umělé mléko, které se stále vyvíjí a přibližuje se ke složení mateřského mléka, kdy se podařilo umělé mléko obohatit o prebiotika, probiotika, nukleotidy, esenciální mastné kyseliny a jiné látky (Gregora, Velemínský ml., 2013). Problémem v kojení nemusí být pouze opožděný nástup laktace, mohou se vyskytnout obtíže, které nastanou již po jejím nástupu, například problémy související s nepravidelnostmi prsů či bradavek nebo samotnou poruchou tvorby mléka (hypergalakcie, hypogalakcie), nebo z důvodu nutnosti odloučení ženy od novorozence (Rokyta et al., 2015)

Pokud má žena ploché, špatně vytažitelné anebo až vpáčené bradavky doporučuje se jí, aby již pár týdnů před porodem používala tzv. formovače bradavek (Gregora, Velemínský ml., 2013). Hanáková et al. (2015) také radí, aby si ženy již během těhotenství prsní bradavky pravidelně masírovaly a povytahovaly. Gregora s Velemínským ml. (2013) upozorňují na to, že po porodu může dojít k nalití prsů, při kterém může dojít i k otoku prsního dvorce. Tento otok může zapříčinit vznik ještě horšího postavení prsních bradavek, než byl doposud, proto je vhodné, aby žena formovače bradavek používala i po porodu (Gregora, Velemínský ml., 2011). U žen s takovým to postavením bradavek (nejenom u nich), je edukace ze strany porodní asistentky v technice kojení velmi důležitá z důvodu vzniku bolestivých ragád (Dort et

al., 2013). Nejčastější příčinou poranění bradavek je nesprávná technika kojení v podobě špatné polohy, druhou příčinou poranění bradavek je velmi časté přikládání a sání novorozence, ale i to, pokud je sací reflex novorozence nadměru silný (Cirico, Shimoda, Oliveira, 2017).

Dalším problémem, který může ženy v kojení provázet je dle Slezákové et al. (2013) hypogalaxie, to znamená, že tvorba mateřského mléka je nedostatečná. K tomuto stavu může dojít ze strany matky, kvůli hypotrofii mléčné žlázy, nebo pokud žena prodělala komplikace během porodu, ze strany novorozence může k hypogalaxii dojít z důvodu nedostatečného sacího reflexu v souvislosti s rozštěpem patra u novorozence (Klíma et al., 2016). Hájek et al. (2014) uvádějí důvod hypogalaxie chybnou techniku kojení.

Rokyta et al. (2015) zmiňují další problém v oblasti kojení, a to je hypergalaxie, což znamená nadměrnou tvorbu mléka, která může u ženy způsobit dehydrataci, ale také může ženu vysilovat, a to především tím, že je po kojení nucena mateřské mléko ještě odsávat. Hájek et al. (2014) uvádějí, že je možné pokládat na prsa ženy studené obklady, které by měly produkci mléka snížit.

Dle Rokyty et al. (2015) je další poruchou laktace samovolný odtok mléka tzv. galaktorea, k níž dochází i mimo kojení, a s největší pravděpodobností za to může nedostatečné napětí svalů mlékovodů a bradavek.

Dalším problémem může být retence mléka, je to velice bolestivé a často spojované se zvýšenou tělesnou teplotou, která může přejít až ke 40°C, terapie a edukace porodní asistentkou je taková, že si mateřské mléko žena odsává, a na prsy si pokládá studené obklady (Hájek et al., 2014).

Kromě výše zmíněných obtíží v souvislosti s laktací lze do komplikací kojení zařadit také mastitidu, kdy dle Hájka et al. (2014) ženy trpí vysokými teplotami a zarudnutím prsů nad postiženým místem, mastitida většinou vznikne z důvodu výskytu ragád v bradavce nebo prostupem bakterií do mlékovodů.

Z důvodu možnosti vzniku některé z výše zmiňovaných komplikací je velice důležité v problematice kojení, aby porodní asistentka ženu informovala a poučila nejenom o správné technice kojení, ale také o hygieně v péči o prsy (Koudelková, 2013). Také Gregora a Velemínský ml. (2013) se zmiňují o nutnosti hygieny v šestinedělí, ale i o důležitosti mytí rukou před každým kojením, kterým zabrání zanesení infekčních patogenů k bradavkám. Koudelková (2013) dále popisuje péči o prsy, kdy by si žena měla prsy sprchovat teplou vodou, vždy je důkladně osušit a citlivé,

bolestivé či popraskané bradavky ošetřit pomocí tenké vrstvy krému (např. Bepanthenu).

V momentě, kdy dojde k oddělení novorozence od ženy je to většinou z důvodu zvýšené lékařské péče, kterou v daný čas novorozenec nebo žena potřebuje (Hanáková et al., 2015). V případě, kdy se ženě začne mateřské mléko tvořit, je třeba jej odstříkávat, a to nejlépe pomocí rukou, pokud však žena tuto techniku nezvládá, lze využít mechanickou pístovou odsávačku (Gregora, Velemínský ml., 2013). Mateřské mléko by žena měla odsávat do sterilních skleněných lahví, nebo speciálních nádob, které jsou v příslušenství odsávaček na ošetrovatelské jednotce, kde je žena hospitalizována (Hanáková et al., 2015). Mateřské mléko lze uchovávat v lednici po dobu 24 hodin, pokud ale dojde k jeho zmražení na $-18\text{ }^{\circ}\text{C}$, lze takto připravené mateřské mléko uchovat v mrazáku až tři měsíce (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.4.10 Využití alternativních způsobů při kojení novorozence

Mateřské mléko se může dostavit i déle než za týden po porodu, v tomto případě je nutné novorozenci dopřát výživu jiným způsobem než přímo kojením, a to pomocí alternativních metod (Gregora, Velemínský ml., 2011). Podstatou alternativního krmení je potřeba aktivního pohybu jazyka novorozence, ten je důležitý pro následující úspěšné kojení (Hanáková et al., 2015). Pokud nedojde k tvorbě mateřského mléka nebo je novorozenec oddělen od matky, a nelze jej kojit, je možné využít metody, které nenarušují techniku kojení (Gregora, Velemínský ml., 2011). Gregora s Velemínským ml. (2011) uvádějí jako alternativní způsoby krmení novorozence např. kádinku, stříkačku s nástavcem, lahvičku pro kojené děti, silikonovou lžičku nebo sondu k prsu. Hanáková et al. (2015) k těmto alternativám přidávají ještě kapátko, krmení po prstu a cévku nebo hadičku.

Před krmením pomocí stříkačky po prstu je nutné u ženy provést důkladnou hygienu rukou, poté novorozence uložit na ruku do vyhovující polohy, ukazováček nebo malíček vložit novorozenci do úst, do míst, kde je sací bod, a poté k prstu přiložit špičku stříkačky (Vytejšková et al., 2011). Krmení lžičkou je asi nejčastější způsob alternativního podání potravy, kdy pomocí lžičky vkládáme mléko do úst novorozence (Hanáková et al., 2015). Dalším alternativním způsobem, jak podat novorozenci stravu je pomocí nakloněné kádinky, kterou se dotkneme rtů novorozence, a čekáme, až novorozenec vysune jazyk a stočí jej do pohárku, tímto způsobem si novorozenec nabírá mléko z kádinky (Hanáková et al., 2015).

Pokud u ženy nedojde k rozvoji laktace, přistupuje se na výživu umělým mlékem, které slouží k zabezpečení zdravého vývoje a růstu novorozenců (Gregora, Zákostelecká, 2014). Gregora s Velemínským ml. (2013) uvádějí tři základní typy mlék, počáteční mléko, které je určené pro novorozence ve věku od 0 až do 6 měsíců. Druhým typem mléka je pokračovací mléko, se kterým se začíná od šestého měsíce věku kojence, kdy se postupně do jídelníčku přidávají nemléčné příkrmy (Gregora, Zákostelecká, 2014). Třetím typem mléka je batolecí mléko, které se může začít kojenci podávat od dvanáctého měsíce věku (Gregora, Velemínský ml., 2013).

1.5 Bonding, rooming-in

S problematikou rozvoje laktace souvisí téma bonding a rooming – in, kdy Sears et al. (2012), říkají o bonding, že jde o moment, kdy se navazuje vztah lásky mezi ženou novorozencem a, tento vztah mohou vyjadřovat dva pojmy, a to bonding neboli vazba, a attachment neboli kontaktní vztah. Concepción et al. (2014) říkají, že první hodina novorozence po porodu rozhoduje o jeho celkovém, dlouhodobém zdravém vývoji. Na stránkách Nemocnice Pardubického kraje (© 2015), kde mají k dispozici leták, se můžeme dočíst, že termín bonding můžeme přeložit jako připoutání či lepení, a díky bonding dochází k tvorbě a utvrzení vztahu mezi matkou a novorozencem. Brzký kontakt mezi ženou a novorozencem po porodu může ovlivnit to, jak bude žena o novorozence pečovat, ale může dojít i k ovlivnění jejich vztahu v pozdější době (Sears et al., 2012). Průběh porodu a poporodní období se může zaznamenávat do podvědomí novorozence a v pozdějších letech ovlivňovat jeho psychický vývoj (Ezrová, Rastoslalová, 2011). Kontakt rodičů a novorozence ihned po porodu pomáhá k optimalizování psychomotorického vývoje novorozence (Pilch, 2015). V momentě, kdy jsou žena a novorozenec společně v kontaktu, a to hlavně v prvních hodinách po porodu, většinou dochází k tomu, že ženy déle kojí a lépe a rychleji reagují na reakce novorozence, jako je například jeho pláč (Sears et al., 2012). Ale říkají, že

Nemocnice Pardubického kraje (© 2015) udává, že bonding pozitivně přispívá k imunologickému, psychickému, fyzickému a emocionálnímu vývoji novorozence. O výhodě imunologické složky také hovoří Bašková (2015), která spatřuje výhodu v přikládání novorozence na tělo ženy či otce, a tím dojde ke kontaktu a k osidlování nepatogenními bakteriemi těla novorozence (novorozenec získává a vytváří si ochrannou vrstvu nebo mikroflóru).

Jako nejlepší možnost, kdy lze bonding plnohodnotně provést, uvádí Ezrová, Ratislavová (2011) situaci, kdy se narodí fyziologický, donošený novorozenec s dobrou poporodní adaptací. Pokud je ale novorozenec nedonošený, nebo došlo ke komplikacím během porodu (porod byl veden operativně, nebo císařským řezem), které zhoršují poporodní adaptaci novorozence, je třeba možnosti bondingu upravit, dle aktuální situace a stavu ženy a novorozence (Nemocnice Pardubického kraje © 2015).

Mrowetz et al. (2011) uvádí zásady pro podporu normálního kojení, mezi něž řadí například důležitost neoddělovat ženu s dítětem (umožnit jim neomezenou možnost kontaktu), touhu po blízkosti a kontaktu, a také rooming-in, kdy, i když je žena s novorozencem v nemocnici, přistupuje v péči o něj, jako by byla doma sama (Mrowetz et al., 2011).

Nemocnice Pardubického kraje (© 2015) uvádí dvě podmínky pro provedení bondingu, první podmínkou je, že porod byl fyziologický, bez komplikací a tou druhou podmínkou je, že má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a nevyskytují se u něj ani žádné vrozené vývojové vady. Bonding tedy probíhá tak, že po porodu je novorozenec ihned položen na hrud' či břicho ženy, porodní asistentka jej přikryje teplou plenou (záleží na zvyklostech ošetrovatelské jednotky a nemocnice), a za předpokladu, že vše probíhá v pořádku, takto zůstávají až do doby převozu na stanici šestinedělí a stanici fyziologických novorozenců (zde se novorozenci aplikuje vitamín K a je převezen k ženě – dle zvyklostí nemocnice) (Nemocnice Pardubického kraje, © 2015).

Nemocnice Písek (© 2017) se na svých webových stránkách zmiňuje o zavedení bondingu i během císařského řezu, kdy doposud zastupoval roli ženy otec novorozence, nyní, pokud vše probíhá bez komplikací, je možné provést bonding žena – novorozenec.

Dle Hanákové et al. (2015), po uplynutí dvou hodin po porodu, je žena převezena z porodního sálu na oddělení šestinedělí, kde se nachází i stanice fyziologických novorozenců, aby mohl být vykonáván systém rooming-in.

Dle Nemocnice Pardubického kraje (© 2015) znamená rooming-in ošetřování a celková péče o novorozence společně se ženou, kdy jí novorozenecká sestra nebo porodní asistentka dopomáhá.

Pokud žena podstoupila císařský řez, a je uložena na dospávacím pokoji nebo na porodnické jednotce intenzivní péče, o novorozence se starají porodní asistentky na ošetrovatelské jednotce fyziologických novorozenců, protože žena není prozatím schopna péči o něj vykonávat sama (Hanáková et al., 2015). Sears et al. (2012) říká, že

dnes většina nemocnic umožňuje kontakt ženy a novorozence i v případě, že je žena po císařském řezu, kdy porodní asistentky přivázejí novorozence z důvodu podpory kojení, a to příkládáním k prsu.

Laktační liga © 2016 udává v rámci Baby Friendly Hospital deset kroků na podporu kojení, kdy jedním z nich je zajištění podmínek k tomu, aby rodiče, (hlavně žena) mohli trávit 24 hodin denně s novorozencem, nebo alespoň tolik času, kolik umožňuje jejich zdravotní stav (viz Příloha 5). Dnes se v České republice pyšní titulem Baby Friendly Hospital 64 porodnic (Laktační liga, © 2016). Šusterová (2010) říká, že ženy odcházejí z porodnice plné informací a dostatečně poučeny ohledně péče o novorozence, a to díky roaming-in. Siláková (2014) uvádí, že dříve byli novorozenci odnášeni od matky již těsně po porodu, kdy jedním z důvodů byla možnost přenosu infekce z matky na novorozence, anebo obráceně.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s laktací po porodu císařským řezem.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaký dopad má porod císařským řezem na kojení žen?

VO 2: Kde nejčastěji vyhledávají ženy pomoc v případě výskytu problémů při kojení?

2.3 Operacionalizace pojmů

Laktace: Tvoření mateřského mléka je řízeno pomocí hormonu prolaktinu, vypuzování mateřského mléka z mléčných alveolů je podporováno hormonem oxytocinem (Müllerová, 2014).

Porod: Dle Hájka et al. (2014) je za porod považované každé ukončené těhotenství, s narozením živého či mrtvého novorozence.

Císařský řez: je jednou z nejstarších porodnických operací, která je prováděna akutně či plánovaně (Hanáková et al., 2015).

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro bakalářskou práci „Kojení u žen po porodu císařským řezem“ bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného individuálního rozhovoru v domácím prostředí respondentek. Metoda rozhovorů byla zvolena z důvodu možnosti většího a svobodného vyjádření se každé z respondentek k dané problematice. Před získáváním rozhovorů bylo vytvořeno deset otevřených otázek s doplňujícími podotázkami. První okruh otázek sloužil k získání identifikačních údajů respondentek, druhý okruh otázek se zajímal o problematiku císařského řezu a třetí okruh otázek souvisel s laktací.

Rozhovory byly prováděny po předchozí domluvě a se souhlasem respondentek, kdy byly seznámeny s tématem a obsahem bakalářské práce, a zároveň byly ujištěny, o využití získaných informací pouze pro bakalářskou práci, a také bylo zdůrazněno zachování jejich anonymity. Po seznámení se s účelem rozhovoru byla všem zúčastněným respondentkám předložena k podpisu žádost o spolupráci k využití výzkumného rozhovoru (originály žádostí jsou uloženy u řešitele výzkumného šetření).

Výzkumné šetření bylo provedeno u respondentek, které byly v období 42. dne až 6. měsíc po porodu císařským řezem. Kdy byly jejich odpovědi doslovně zaznamenávány na papír a poté přepisovány do elektronické podoby. Pro zachování anonymity jsou respondentky očíslovány R1 – R12. Rozhovory probíhaly v měsících březem a duben 2017 v domácím prostředí respondentek. Pro výzkumné šetření byly stanoveny dvě hlavní významové kategorie Kojení po s.c. a Vyhledání pomoci. K těmto hlavním podkategoriím byly přiřazeny i podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 12 respondentek, které byly 42. dnů až 6. měsíců po porodu císařským řezem. Každá z žen dobrovolně souhlasila s poskytnutím rozhovoru k výzkumné části bakalářské práce a podepsala žádost o spolupráci. Rozhovory byly prováděné v domácím prostředí respondentek v měsících březen a duben 2017. Respondentky byly různého stupně vzdělání, kdy měly čtyři z nich výuční list, pět z nich mělo studium ukončené maturitní zkouškou, jedna měla vyšší odborné vzdělání a dvě respondentky měly vysokoškolské vzdělání. Věk respondentek byl v rozmezí 21 – 40 let (viz tabulka 1).

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

R	Věk	Vzdělání	Zaměstnání	Gravidita /parita	Plánovaný, akutní s.c.	Indikace k s.c.
R1	34	Vyučena	Dělnice	II/I	Akutní	Jiné
R2	21	Vyučena	Dělnice	II/I	Akutní	Nepostupující porod
R3	23	Vyučena	Cukrářka	I/I	Plánovaný	Konec pánevní
R4	35	SŠ	Sekretářka	I/I	Akutní	Nepostupující porod
R5	22	Vyučena	Cukrářka	II/I	Plánovaný	Konec pánevní
R6	33	SŠ	Kadeřnice	II/II	Akutní	Nepostupující porod
R7	40	SŠ	Personalista	II/II	Plánovaný	Placenta praevia
R8	30	SŠ	Účetní	III/II	Akutní	PROM
R9	32	VOŠ	Všeobecná sestra	I/I	Plánovaný	Konec pánevní
R10	35	VŠ	Pedagog	II/II	Plánovaný	Stav po s.c.
R11	37	VŠ	Bezpečnostní technik	II/II	Plánovaný	Konec pánevní
R12	31	SŠ	Skladní úředník	II/II	Akutní	Bolest jizvy po s.c.

(R = respondentka, SŠ = střední škola, VOŠ = vyšší odborná škola, VŠ = vysoká škola, PROM = předčasný odtok vody plodové, s.c. = císařský řez)

Zdroj: Vlastní

R1 bylo 34 let, byla odborně vyučena jako kuchařka. Před nástupem na mateřskou dovolenou byla zaměstnána jako dělnice. Respondentka byla těhotná po druhé, rodila poprvé. Otěhotnění u ní proběhlo pomocí IVF. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu vysokého krevního tlaku ženy a jejího následného bezvědomí.

R2 bylo 21 let, uvedla, že její nejvyšší dosažené vzdělání je učňovský obor kuchař, číšník. Než žena nastoupila na mateřskou dovolenou, pracovala jako dělnice. Žena byla těhotná po druhé, rodila poprvé. Otěhotnění proběhlo spontánně, neplánovaně. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu nepostupujícího porodu.

R3 bylo 23 let, byla odborně vyučena jako cukrářka. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako cukrářka. Žena byla těhotná poprvé, rodila poprvé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem z indikace polohy plodu koncem pánevním.

R4 bylo 35 let, vzdělání měla zakončené maturitní zkouškou, před začátkem mateřské dovolené pracovala jako sekretářka. Těhotenství bylo u ženy první, stejně tak i porod. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu nepostupujícího porodu.

R5 bylo 22 let, žena byla odborně vyučena jako cukrářka. Před těhotenstvím byla nezaměstnaná. Žena byla těhotná podruhé, rodila poprvé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství se ukončovalo plánovaným císařským řezem z důvodu polohy plodu koncem pánevním.

R6 bylo 33 let, vzdělání měla žena zakončené maturitní zkouškou. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako kadeřnice. Žena otěhotněla po druhé, rodila podruhé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu nepostupujícího porodu.

R7 bylo 40 let, vzdělání měla zakončené maturitní zkouškou a pracovala jako personalista. Žena byla těhotná po druhé, rodila podruhé. Otěhotnění proběhlo spontánně, neplánovaně. Těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem z důvodu placenty praevie.

R8 bylo 30 let, její vzdělání bylo zakončeno maturitní zkouškou a pracovala jako skladová úřednice. Žena byla těhotná po třetí, rodila podruhé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu odtoku vody plodové (císařský řez byl naplánovaný, z důvodu polohy plodu konce pánevního na pozdější termín).

R9 bylo 32 let, kdy bylo její vzdělání vyšší odborné. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako všeobecná sestra. Žena byla těhotná poprvé, rodila poprvé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončené plánovaným císařským řezem z indikace polohy plodu koncem pánevním.

R10 bylo 35 let, vzdělání měla vysokoškolské a její povolání bylo pedagog. Žena byla těhotná podruhé, rodila podruhé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončené plánovaným císařským řezem z důvodu stavu po předchozím císařském řezu.

R11 bylo 37 let, její vzdělání bylo vysokoškolské. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako bezpečnostní technik. Žena byla těhotná po druhé, rodila po druhé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončeno plánovaným císařským řezem z indikace polohy plodu koncem pánevním.

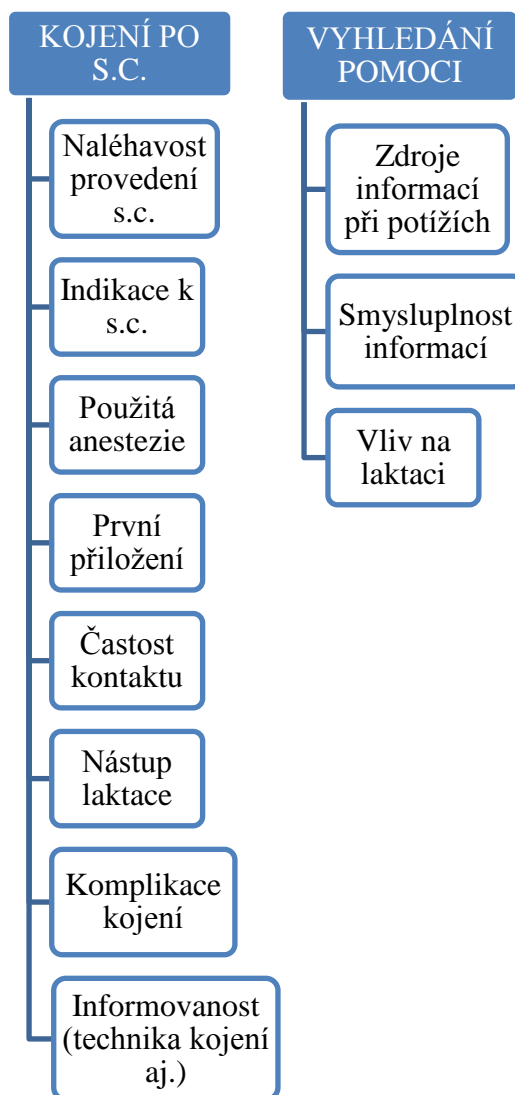
R12 bylo 31 let, vzdělání měla zakončené maturitní zkouškou a pracovala jako skladní úřednice. Žena byla těhotná podruhé, rodila podruhé. Otěhotnění proběhlo spontánně, plánovaně. Těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu VVV – uterus duplex a šikmé polohy plodu a bolestivost jizvy o předchozím s.c.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace dat

Na základě výsledků z výzkumného šetření, byly stanoveny dvě hlavní kategorie, ke kterým byly dle významu přiřazeny podkategorie (viz Schéma 1). První hlavní kategorií je Kojení po s.c., která měla osm podkategorií, těmi byly Naléhavost provedení s.c., Indikace k s.c., Použitá anestezie, První přiložení, Častost kontaktu, Nástup laktace, Komplikace kojení, Informovanost (technika kojení aj.). Druhou hlavní kategorií je Vyhledávání pomoci, ta má za podkategorie Zdroje informací při potížích, Smysluplnost informací a podkategorii, jaký vliv měly komplikace na laktaci.

Schéma 1 Hlavní kategorie a podkategorie



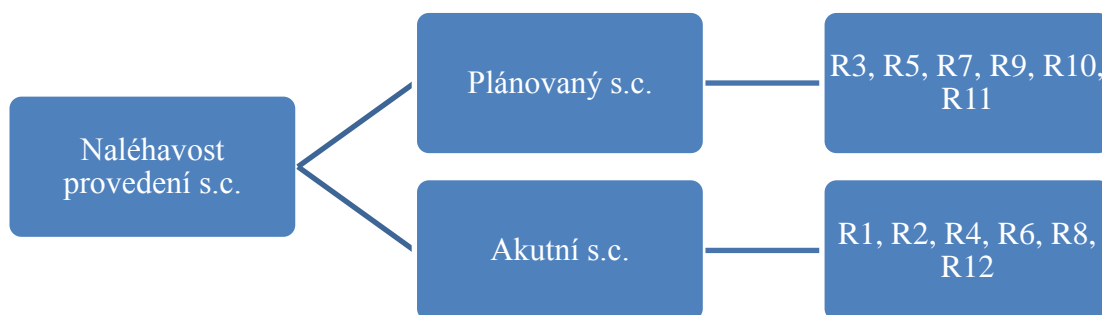
Kategorie 1 Kojení po s.c.

První hlavní kategorie Kojení po s.c. se skládá z osmi podkategorií, které se zabývají tím, jak naléhavý císařský řez byl, jaká byla indikace k jeho provedení, ale i zda byla použita celková či spinální anestezie. Dále se tato kategorie zabývala prvním přiložením novorozence k prsu ženy, jak často spolu byli v kontaktu, jakým dnem začala laktace, jaké měly ženy komplikace při kojení, ale také kde, a od koho získávaly ženy informace o technice kojení.

Podkategorie 1 Naléhavost provedení s.c.

Podkategorie naléhavost provedení s.c. se zabývala tím, jak důležitá byla rychlost určení komplikace při porodu a indikace k císařskému řezu. Pomocí této podkategorie bylo určováno, u kolika žen vznikly komplikace v průběhu porodu.

Schéma 2 Naléhavost provedení s.c.



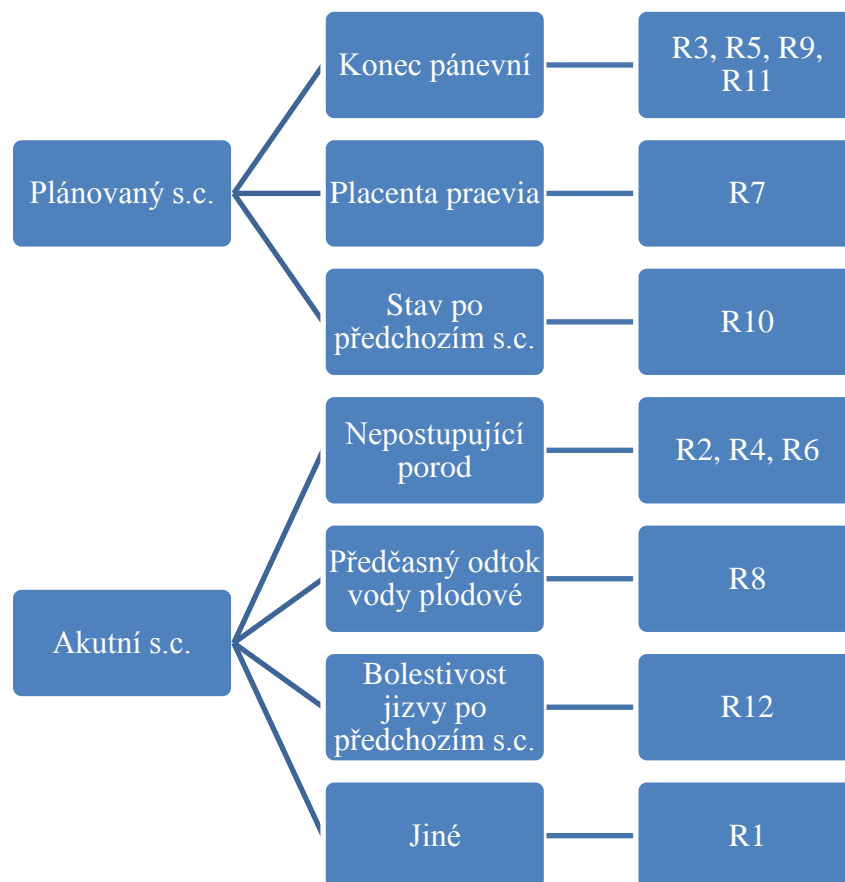
Celkem bylo dotázaných dvanáct respondentek, ze kterých odpovědělo šest, že císařský řez měly již dopředu naplánovaný (R3, R5, R7, R9, R10, R11).

Akutní císařský řez podstoupilo také šest respondentek (R1, R2, R4, R6, R8, R12) (viz Schéma 2). Z toho vyplývá, že u poloviny dotázaných žen vznikla za porodu nějaká komplikace, která na životě ohrožovala ženu, novorozence anebo oba. Z důvodu přítomnosti určitého problému, muselo být rychle rozhodnuto o bezpečnějším způsobu vedení porodu, a to akutní císařský řez.

Podkategorie 2 Indikace k s.c.

Druhá podkategorie Indikace k s.c. se zabývala tím, z jakého důvodu byl respondentkám císařský řez proveden. Nejčastější indikací k ukončení těhotenství pomocí plánovaného císařského řezu, byla poloha plodu koncem pánevním. Naproti tomu, nejčastějším důvodem k ukončení těhotenství akutním císařským řezem, byl nepostupující porod.

Schéma 3 Indikace k s.c.



Počet respondentek, které podstoupily buď císařský řez plánovaný, nebo císařský řez akutní, byl vyrovnaný. Následujícím rozbořem naléhavosti provedení císařského řezu, byly přiřazeny určité komplikace k akutnímu nebo k plánovanému císařskému řezu. Plánovaný císařský řez z indikace polohy koncem pánevním podstoupily čtyři respondentky (R3, R5, R9, R11), a je tak nejčastější indikací k plánovanému císařskému řezu. Další komplikací vyskytující se v těhotenství, pro kterou byl zvolen plánovaný císařský řez, byla placenta praevia (R7), ale plánovaný císařský řez byl zvolen i u

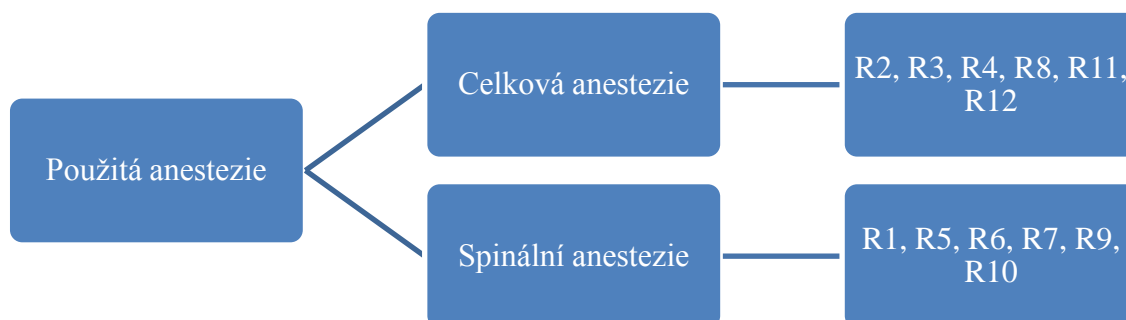
respondentky, která prodělala císařský řez v minulém těhotenství (R10) R7 uvedla: „*Do nemocnice jsem nastoupila už ve 34. týdnu těhotenství, kvůli špinění. Tam mi lékaři řekli, že to špinění je z důvodu placenty praevie, a tak jsem musela na císařský řez, ale až v 38. týdnu.*“

Akutní císařský řez se provádí v momentě, kdy je na životě ohrožena buď žena, plod nebo oba. Z indikace nepostupující porod byl proveden akutní císařský řez nejčastěji, a to u tří respondentek (R2, R4, R6). R6 uvedla: „*Porod u mě vůbec nepostupoval, moje děložní hrdlo se nechtělo otevírat a miminko nesestupovalo, proto mi lékařka sdělila, že by bylo lepší udělat císařský řez.*“ Dalším důvodem, proč bylo zvoleno ukončení těhotenství akutním císařským řezem, nastalo u respondentky (R8) z důvodu odtoku vody plodové, kdy byl plod uložen v děloze ženy koncem pánevním. R8 uvedla: „*Porod císařským řezem jsem měla plánovaný, protože miminko bylo otočené zadečkem dolů, voda mi ale odtekla o čtyři dny dříve, proto jsem podstoupila akutní císařský řez.*“ Další závažná komplikace se vyskytla u respondentky (R12), u které byl proveden akutní císařský řez z důvodu bolestivosti jizvy po předchozím s.c. A R1 podstoupila akutní císařský řez z indikace hypertenze (180/150), kdy došlo i k jejímu omdlení. R1 uvedla: „*Partner mi vyprávěl, že jsem najednou omdlela, sestřičky mě propleskly, ale nepomohlo to, tak lékař rozhodl o císařském řezu, po jeho dokončení mi sdělil, že bych holčičku stejně neporodila, protože měla krátký pupečník.*“ (viz Schéma 3).

Podkategorie 3 Použitá anestezie

V této podkategorii se zaobíráme použitím celkové nebo spinální anestezie u císařského řezu. Respondentky uváděly, zda měly možnost vybrat si, jaká anestezie bude zvolena, či nikoli.

Schéma 4 Použitá anestezie



Celkovou anestezii podstoupilo celkem šest respondentek (R2, R3, R4, R8, R11, R12), spinální anestezii podstoupilo také šest respondentek (R1, R5, R6, R7, R9, R10).

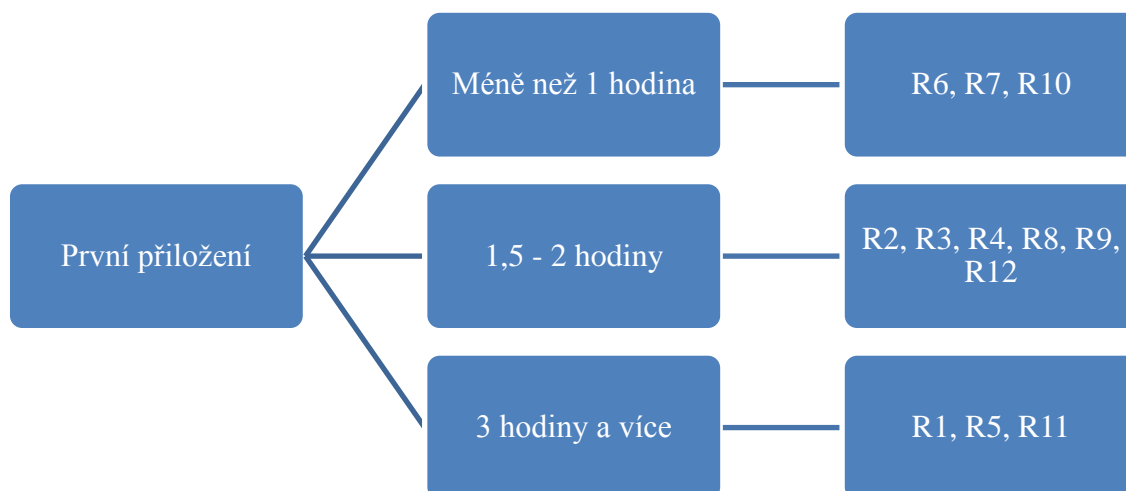
V případě, že porovnáme použití celkové anestezie u akutního císařského řezu, dozvíme se, že tuto kombinaci podstoupily celkem čtyři respondentky (R2, R4, R8 a R12). R2 vedla: „*Když mi bylo sděleno, že musím jít na císaře, nikdo se mě neptal na to, že bych chtěla jen částečnou anestezii, hned, jak mě přivezli na sál, uspali mě, a já si pamatuju až sestru na JIPce.*“ V momentě, kdy srovnáme užití spinální anestezie, při akutním císařském řezu, shodují se na této kombinaci pouze dvě respondentky (R1, R6). U R3 a R11 byl proveden plánovaný císařský řez pod celkovou anestézií, naproti tomu R5, R7, R9, R10 využily možnost spinální anestezie u předem plánovaného císařského řezu (viz Schéma 4).

Podkategorie 4 První přiložení

Podkategorie první přiložení rozebírá, po jak dlouhé době, došlo k prvnímu přiložení novorozence k prsu ženy.

Respondentky odpovídaly, že první přiložení proběhlo buď méně než za jednu hodinu po porodu císařským řezem, nebo přibližně za hodinu a půl až dvě hodiny po porodu, ale zazněly i odpovědi, že první přiložení proběhlo déle, než za tři hodiny po porodu císařským řezem.

Schéma 5 První přiložení



Odpověďmi na otázku, kdy byl novorozenec poprvé přiložen k prsu, byly, za méně než hodinu po porodu, za 1,5 až 2 hodiny nebo déle než za tři hodiny po porodu.

Pro podporu laktace z pohledu Baby Friendly Hospital je nejlepší odpovědí, že novorozenec byl přiložen k prsu méně než za hodinu po porodu císařským řezem. Takto odpověděly tři respondentky (R6, R7, R10). R6 uvedla, že byla po císařském řezu převezena na porodní sál, kde byla společně s novorozencem a partnerem asi hodinu a půl, kdy během společně stráveného času došlo i k přiložení k prsu, novorozenec však nesál, nejspíše z důvodu plošších bradavek respondentky. R7 řekla, že ihned po vybavení plodu z těla ženy jí byl novorozenec ukázán, poté odnesen neonatologickou lékařkou k ošetření. První přiložení novorozence k prsu proběhlo asi až po 40 minutách, kdy byla dokončena operace. R10 zase odpověděla, že velmi toužila po bondingu, při aplikaci spinální anestezie však došlo k jejímu nesprávnému umístění, a respondentka se potýkala s dýchacími problémy. Z tohoto důvodu nebyl bonding zcela umožněn, respondentce byl novorozenec přiložen k prsu, alespoň na pár minut.

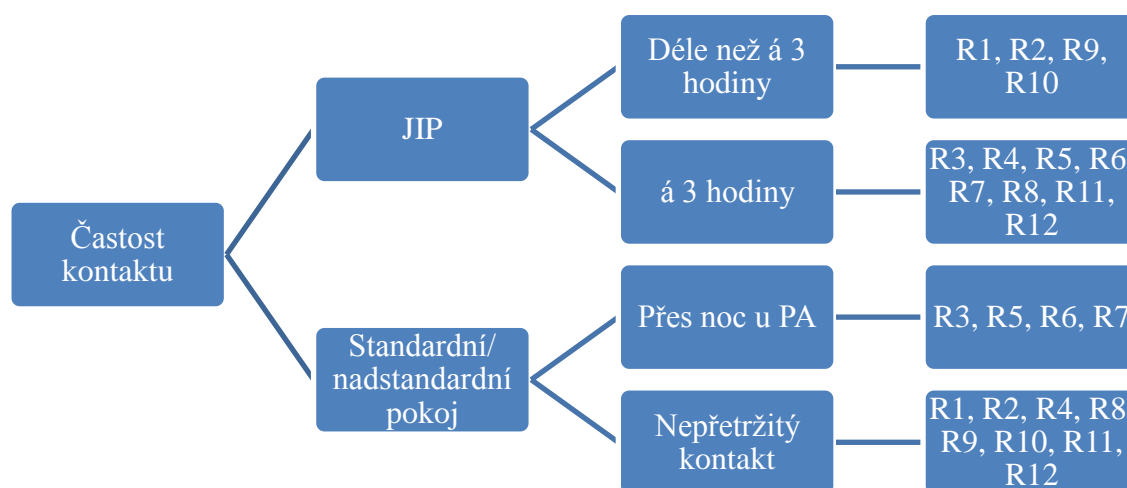
Nejvíce respondentek (R2, R3, R4, R8, R9, R12) odpovídalo, že jim byl novorozenec přiložen k prsu v rozmezí 1,5 hodiny až 2 hodin po porodu. Nejčastěji to dle odpovědí respondentek probíhalo tak, že ony ležely na dospávacím pokoji či JIP (dle zvyklostí nemocnice a ošetrovatelské jednotky), kam jim porodní asistentky nebo neonatologické sestry dovážely novorozence. R3 odpověděla: „*Sestra mi přivezla Janičku, a řekla, že teď jedou akorát z porodního sálu, dala mi ji k prsu, ale bradavku do pusinky vůbec nevzala, tak ji sestra odvezla na fyziologické novorozence.*“

Tři respondentky (R1, R5, R11) uvedly, že k prvnímu přiložení došlo až po třech hodinách, i déle. Respondentky odpovídaly, že svého novorozence viděly až po pěti hodinách, nebo druhý den po císařském řezu. R11 na tuto otázku odpověděla: „*Adinku mi přišla sestra poprvé ukázat až za 5 hodin po porodu, tehdy mi ji i poprvé přiložila k prsu, ale nechytla se. Mám ploché bradavky a od předchozího dítěte jsem věděla, že musím používat kloboučky.*“ (viz Schéma 5).

Podkategorie 5 Častost kontaktu

Tato podkategorie se zajímá o to, jak častý byl kontakt ženy s novorozencem po porodu císařským řezem. Podkategorie Častost kontaktu je rozdělena na kontakt ženy a novorozence na ošetrovatelské jednotce JIP a následně na ošetrovatelské jednotce šestinedělí na standardních či nadstandardních pokojích.

Schéma 6 Častost kontaktu



Při rozdělení podkategorie častost kontaktu soustředěnou na ošetrovatelskou jednotku JIP bylo zaznamenáno, že čtyři respondentky (R1, R2, R9, R10) odpověděly, že v kontaktu s novorozencem byly po delší době, než každé 3 hodiny. R1 viděla novorozence letmo ihned po porodu, poté byl však odnesen k ošetření a nadále zůstal na stanici fyziologických novorozenců. Respondentka poté viděla novorozence až druhý den ráno. R1 odpověděla: „*Miminko mi ukázali až druhý den ráno kolem půl osmé, potom ji na chvílku odvezli a během dopoledne mi ji tam už nechali, a já se o ni starala od rána do večera a přes noc.*“ R2 na druhou stranu uvedla, že svého novorozence viděla a měla poprvé přiloženého k prsu už za dvě hodiny po porodu. Poté s ním byla

v kontaktu až po přibližně sedmi hodinách, a také uvedla, že za celé dva dny, které strávila na ošetrovatelské jednotce JIP, viděla novorozence pouze 3x. R2 říkala: „*Pavlíka jsem viděla dvě hodiny po porodu, potom mi ho přivezli až za nějakých 7 hodin, za celé dva dny na JIPce, jsem ho viděla jenom 3x.*“

Však nejčastější odpovědí bylo, že kontakt mezi ženou a novorozencem byl přibližně každé 3 hodiny, odpovědělo tak celkem osm respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R11, R12). Všechny respondentky, které takto odpověděly, uvedly, že kontakt mezi nimi a novorozencem každé tři hodiny byl vyhovující. Respondentky měly čas si odpočinout mezi přikládáním novorozence k prsu, nadrbou stranu si mohl odpočinout i novorozenec, kdy se ve většině případů po třech hodinách ozval sám. R12 uvedla: „*Kontakt mezi mnou a Filipem byl každé 3 hodiny, jednou mi ho porodní asistentky přivezly po čtyřech hodinách, ale myslím si, že to tak bylo v pořádku.*“

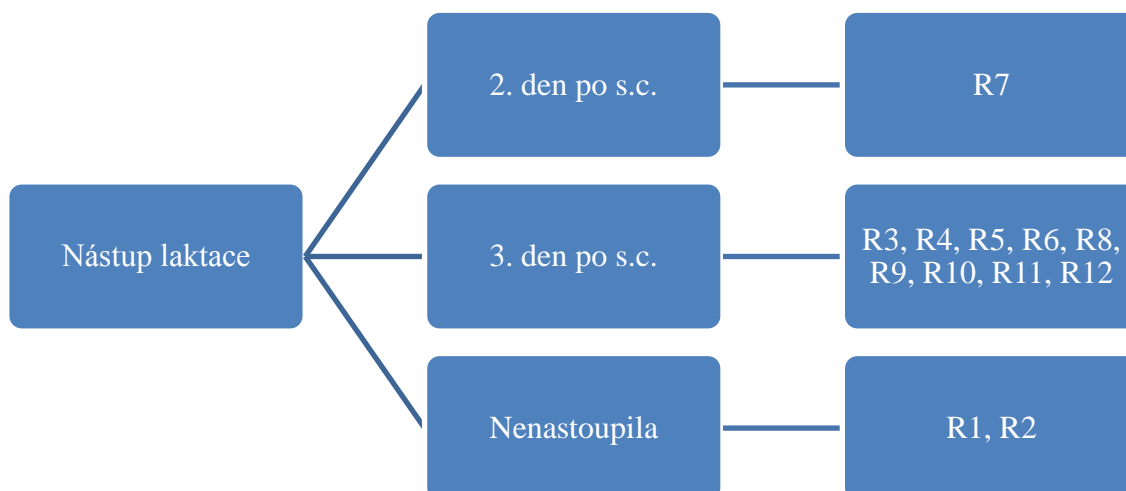
Po přeložení žen na standardní či nadstandardní pokoj odpovídaly čtyři respondentky (R3, R5, R6, R7), že se o novorozence staraly celý den, pouze na dvě noci jej odvážely na stanici fyziologických novorozenců k porodním asistentkám. R3 uvedla: „*Přes den jsem se o Janičku starala normálně a sama, ale protože mám sluchovou vadu a přes noc nepoužívám naslouchátko, vozila jsem ji k sestřičkám, aby se jí něco nestalo. Doma mi s tímto problémem bude pomáhat přítel.*“ R5, R6 a R7 odpověděly, že jim byla od porodních asistentek nabídnuta možnost, že své novorozence mohou přes noc nechat na stanici fyziologických novorozenců. Tuto nabídku respondentky využily, v souvislosti s bolestivou jízvou a strachem, že se nebudou moci plnohodnotně o novorozence přes noc postarat.

Ostatní respondentky, celkem devět (R1, R2, R4, R8, R9, R10, R11, R12) odpovědělo, že po přeložení na standardní nebo nadstandardní pokoj měly novorozence stále u sebe. Některé z respondentek uvedly, že se od novorozence odloučili pouze v případě, kdy odcházeli na snídani, oběd či večeři. R11 uvedla: „*Po přeložení na standardní pokoj, mi sestřičky přivezly Adinku, řekly, že už mám jedno dítě doma, a tak všechno zvládnou, od té chvíle jsem ji měla stále u sebe.*“ (viz Schéma 6).

Podkategorie 6 Nástup laktace

Pomocí podkategorie nástup laktace bylo zjišťováno, jaký den u žen po porodu císařským řezem nastoupila laktace. A zda byl nástup laktace v souvislosti s porodem císařským řezem opožděn.

Schéma 7 Nástup laktace



Nejčastější odpovědí respondentek byla, že laktace u nich nastoupila 3. den po porodu císařským řezem. Odpovědělo tak celkem devět respondentek (R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10, R11, R12). R6 odpověděla: „*Mám plošší bradavky a při minulém dítěti bylo kojení celkem boj, proto jsem se bála, že kojit nebudu. Porodní asistentky mě znovu naučily kojit pomocí kloboučků, Barunka se při druhém přiložení pěkně přisála.*“ Podle odpovědí respondentek se u žádné z těchto devíti nevyskytl větší problém s příkládáním a přisáním novorozence k prsu. Pouze R10 uvedla, že ze začátku měla mléka trochu méně a tak musel být novorozenec dokrmován BEBOU.

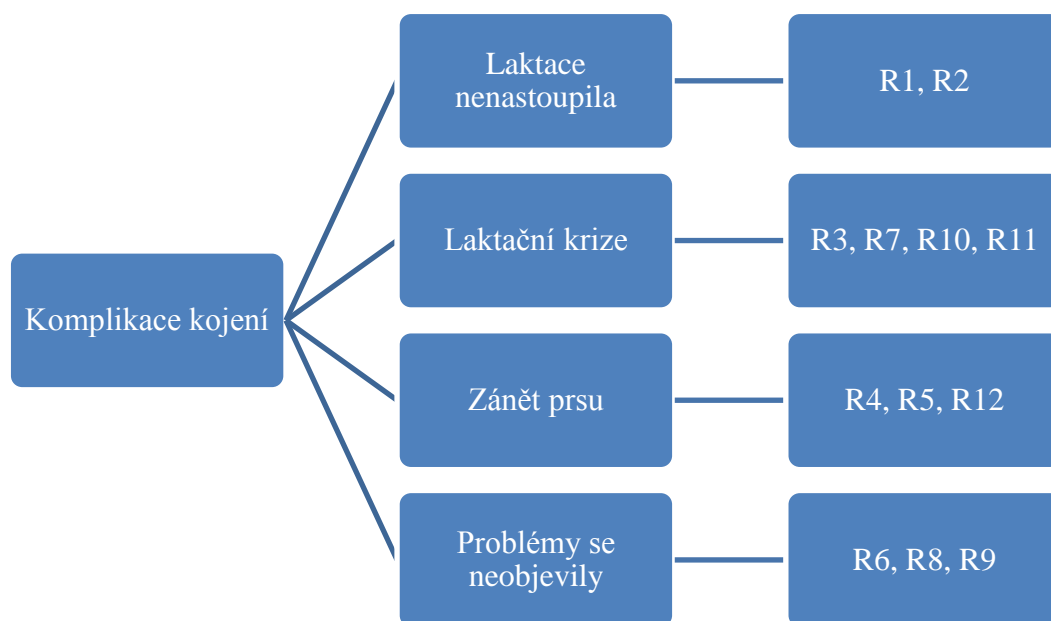
U R7 nastoupila laktace již druhý den po s.c., kdy odpověděla: „*Kolostrum se u mě objevilo téměř okamžitě po provedení císařského řezu, mateřské mléko se objevilo asi 2. den po operaci.*“

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že u dvou respondentek nenastoupila laktace vůbec (R1, R2). R1 na otázku, kdy u vás nastoupila laktace, odpověděla: „*Bohužel u mě vůbec nenastala, příkládala jsem miminko tak, jak mi porodní asistentky doporučovaly, každé tři hodiny po dobu pěti dnů, poté jsem to zkoušela i doma. Z prsů mléko neteklo, ani při použití odsávačky, a tak jsme přešli na umělou stravu.*“ Dle odpovědí respondentek je zřejmé, že o kojení měly obě zájem, poslouchaly rady od porodních asistentek, kdy R2 uvedla, že spíše jednala dle vlastní intuice, protože jí porodní asistentky moc neporadily. V případě, kdy si R2 vyžádala pomoc s přiložením novorozence k prsu, porodní asistentka k ní přišla a pouze jí bolestivě zmáčkla bradavky (viz Schéma 7).

Podkategorie 7 Komplikace kojení

Podkategorie komplikace kojení se zaměřuje na problémy, které u žen v souvislosti s kojením vznikly. U žen se objevily komplikace jako laktační krize, zánět prsu anebo laktace nenastoupila vůbec.

Schéma 8 Komplikace kojení



Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že u dvou respondentek (R1, R2) nenastoupila laktace vůbec. U R1 se nedostavilo ani mlezivo ani mateřské mléko, u R2 se po zmáčknutí prsů objevila pouze zkalená tekutina. Obě respondentky při odchodu z porodnice krmily novorozence umělou stravou. R1 odpověděla: „V porodnici používaly porodní asistentky jako umělou stravu HIPP.“ R2 odpověděla takto: „Z prsou mi stříkala jenom zkalená voda, a miminko na váze nepřibývalo, proto mi porodní asistentky miminko dokrmily, protože se mi mléko stále netvořilo, přešli jsme na umělou výživu BEBU pomocí lahve a dudlíku.“

Nejčastější komplikací kojení byla zjištěna laktační krize, která se objevila u čtyř respondentek (R3, R7, R10, R11). U R3 se asi po 7 týdnech od porodu císařským řezem objevila komplikace, kdy novorozenec asi po dobu tří dnů sál méně. R3 uvedla: „Janička mi po 7 týdnech asi tři dny nechtěla moc pít, potom se vše vrátilo k normálu.“ U R7 proběhla laktační krize až po dvou měsících od císařského řezu, kdy novorozenec prs odmítal, poté reprodukce mléka u ženy skončila. Na otázku, jaké problémy se u Vás vyskytly, odpověděla R8: „První den se nechtěl přisát, tak jsem měla strach, zda kojít

vůbec budu, ale druhý den, už se chytil pěkně, a pil.“ U R10 pokleslo množství mateřského mléka asi po 14 dnech od císařského řezu, proto byl novorozenec ze začátku dokrmován umělou výživou, BEBOU. R11 uvedla: „Laktační krize u nás nastoupila šest týdnů po císařském řezu a potom ve třetím měsíci, zatím jsme každou krizi zdárně překonali, a kojíme do teď, momentálně začínáme postupně zařazovat i zeleninové příkrmy.“

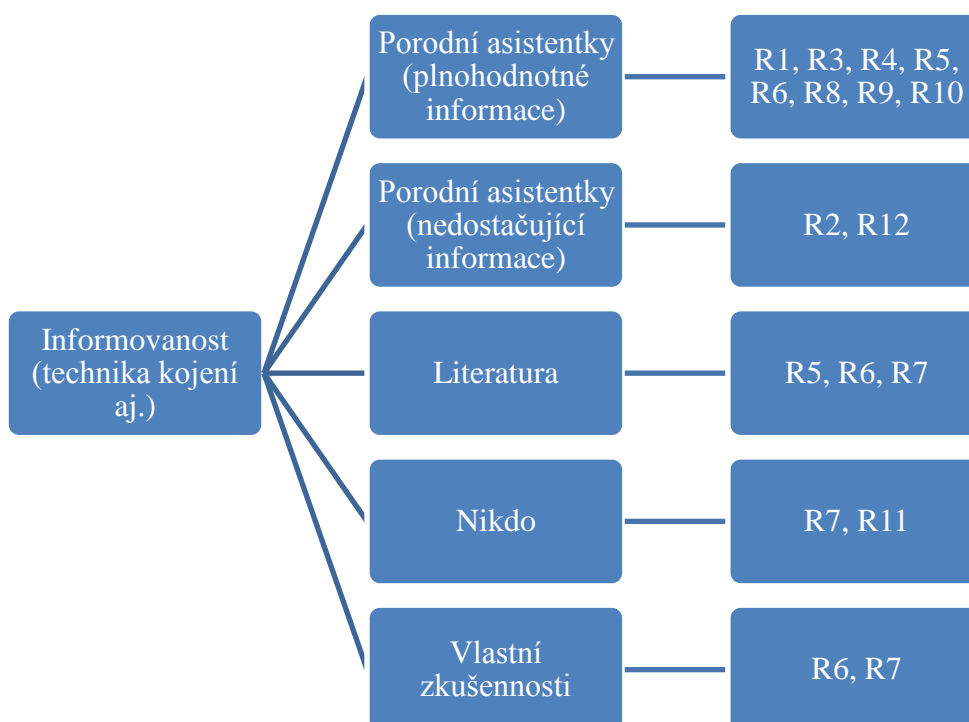
Další komplikací kojení, která se u respondentek objevila, byl zánět prsu, tato komplikace se objevila u třech respondentek (R4, R5, R12). Zánět prsu se u respondentek vyskytl v rozmezí jednoho až dvou měsíců po císařském řezu. U R4 se zánět prsu objevil měsíc a půl po porodu, navštívila svého lékaře, který jí předepsal antibiotika: „Lékař mi předepsal antibiotika, a poradil mi, že nemám přestávat s kojením, díky této radě jsem kojila ještě další měsíc a půl.“ U R12 se zánět prsu objevil asi za měsíc od císařského řezu, respondentka navštívila obvodního gynekologa, který jí předepsal antibiotika: „Pravé prso mě velice bolelo, zašla jsem si teda k lékaři, který mi řekl, že jde o zánět prsu, předepsal mi antibiotika a řekl, že kojit můžu normálně dál, no a teď stále kojím.“ Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že ze tří respondentek trpících zánětem prsu, po jeho vyléčení, nekojila pouze jedna, a to R5. R5 uvedla, že navštívila svého lékaře, který jí předepsal antibiotika a řekl, aby nepřestávala s kojením. R5 prý dělala vše podle rad, které dostala od svého lékaře, ale mateřské mléko se tvořit přestalo: „Asi dva měsíce po porodu jsem měla zánět prsu, od lékaře jsem dostala antibiotika, ale o mléko jsem bohužel přišla, takže teď jsme na umělé výživě.“

U tří respondentek (R6, R8, R9) se problémy s kojením vůbec nevyskytovaly. R6 žádné problémy s kojením neudávala, pouze se zmínila, že má ploché bradavky a tak kojí pomocí kloboučku: „Žádný problém s kojením jsme neměli, mám pouze ploché bradavky, proto kojíme přes klobouček, kojíme stále a asi před týdnem jsme poprvé zkoušeli zeleninové příkrmy.“ R9 uvedla, že problémy s kojením žádné neměla a také stále kojí (viz Schéma 8).

Podkategorie 8 Informovanost (technika kojení aj.)

V podkategorii informovanost byla shromážděna data týkající se informovanosti ohledně techniky kojení (přikládání novorozence k prsu, polohy novorozence při kojení, uchopení prsu při kojení aj.). Bylo zjištěno, že o technice kojení nejvíce podávají informace porodní asistentky.

Schéma 9 Informovanost (technika kojení aj.)



V této podkategorii se zkoumalo, kde získávají ženy informace ohledně správné techniky kojení, a bylo zjištěno, že nejčastější odpovědí respondentek byla, že informace získávaly od porodních asistentek, kdy informace byly smysluplné, plnohodnotné a dostačující. Celkem takto odpovědělo osm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10). R1 uvedla: „V porodnici mi informace o technice kojení podaly porodní asistentky, ale mléko se stále netvořilo. Dokonce se R1 zmínila o tom, že jí porodní asistentka řekla, že jí novorozence dokrmí až podle toho, jak se budou snažit přikládat. Poté, co za ní přišla jiná porodní asistentka, která usoudila, že bude lepší novorozence dokrmit, poradila R1, kde najde lahve a umělou výživu, ale i to, jak se pomocí lahve krmí. Respondentky R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10 odpovídaly velmi podobně, kdy uváděly, že se jim porodní asistentka v porodnici věnovala, ukázala jim vhodné polohy při kojení, také jim ukázala, jak novorozence při kojení držet, jak uchopit prs, a jak ho umístit novorozenci do úst. R3 uvedla: „Porodní asistentka za mnou přišla, řekla mi, jak si mám lehnout do postele, miminko položila vedle mě a vysvětlila, jak je to správně. Poté mi řekla, jak mám uchopit prs, a jak miminko. Když se Janička přisála, ukázala mi, jak ji můžu povzbuzovat, když sát přestane.“

R5, R6 a R7 navíc čerpaly informace o technice kojení z literatury. R5 uvedla, že nejvíce informací o kojení se dozvěděla z knížky, kterou jí půjčila porodní asistentka,

starající se převážně o to, zda ženy kojí či nikoli. R6 uvedla: „*Informace o kojení jsem si vyhledávala sama, a to hlavně v knihách, také jsem kojila předchozí dítě, takže jsem nějaké zkušenosti již měla. Porodní asistentky v porodnici mi sdělily jen ty nejnmutnější informace, ale myslím, že byly dostačující.*“

Výzkumným šetřením bylo zjištěno i to, že dvě respondentky (R2, R12) dostaly nedostačující informace od porodních asistentek o technice kojení. R2 se setkala s porodní asistentkou, která pouze zkontrolovala bradavky, a promačkala prsa. R12 uvedla, že ji porodní asistentka informovala pouze o tom, jak novorozence v sání povzbuzovat: „*Porodní asistentka za mnou přišla, a jediné, co mi ukázala nebo řekla, bylo jen to, že když miminko přestane sát, mám ho podrbat pod bradou.*“

Dvě respondentky (R7, R11) uvedly velice podobnou odpověď, a to, že je o technice kojení nikdo neinformoval. R7 řekla: „*V porodnici mi nikdo nic neukázal, se vším jsem si musela poradit sama, naštěstí jsem mámou už podruhé, a tak jsem nějaké zkušenosti s kojením měla.*“ R11 se zasmála a odpověděla: „*Nikdo mi nikde nic neukazoval, ani nevysvětloval, bylo mi řečeno, že už máma jsem, a tak to všechno musím znát. Tím to haslo.*“ (viz Schéma 9).

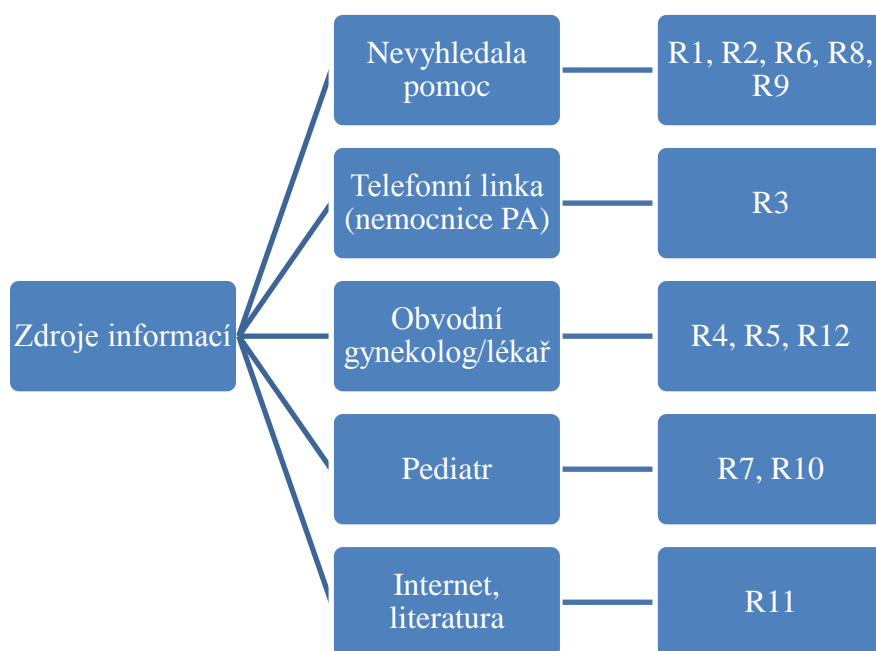
Kategorie 2 Vyhledávání pomoci

Druhá kategorie Vyhledávání pomoci se skládá ze tří podkapitol, které se zabývají tím, kde respondentky vyhledaly pomoc při objevení se nějakého problému s kojením. Dále se zabývají tím, zda informace, které byly respondentkám poskytnuty, byly dostačující, a zda respondentka kojí či nikoli.

Podkategorie 1 Zdroje informací při potížích

V této podkategorii se zabýváme tím, kde respondentky vyhledaly pomoc, v případě, že se u nich objevil nějaký problém s kojením. Nejčastějšími odpověďmi bylo, že se s komplikací při kojení nejčastěji obracely na obvodní gynekology, poté pediatry. Nejvíce respondentek ale odpovědělo, že žádnou pomoc nevyhledaly.

Schéma 10 Zdroje informací při potížích



V této podkategorii se výzkumné šetření zabývá tím, kde vyhledaly respondentky pomoc, při problému s kojením.

Celkem pět respondentek (R1, R2, R6, R8, R9) odpovědělo, že žádnou pomoc nevyhledaly. U R1 a R2, vůbec nedošlo k nástupu laktace a při odchodu z nemocnice novorozence krmily umělou výživou. R1 uvedla, že se snažila novorozence k prsu přikládat ještě pár dní i v domácím prostředí, ale ani tak k nástupu laktace nedošlo. Tři respondentky (R6, R8 a R9) pomoc nevyhledaly, a to z důvodu, že s kojením žádné problémy neměly, proto nepotřebovaly žádnou odbornou pomoc.

Dle odpovědi R3, nabízejí některé nemocnice v České republice i telefonickou poradnu. R3 uvedla, že tuto pomoc vyhledala, když se u ní objevila laktační krize. Ta nastala asi sedm týdnů po porodu císařským řezem a trvala asi tři dny. Laktační krize u R3 spočívala v tom, že novorozenec z prsu méně sál, a byl spavější. R3 uvedla: „... *Janička sála méně. Měla jsem strach, abych nepřišla o mléko, a tak jsem zavolala do nemocnice na číslo, které mi dali při odchodu z nemocnice.*“

Pomoc u obvodního gynekologa nebo u praktického lékaře vyhledaly tři respondentky (R4, R5, R12). Všechny tři pomoc vyhledaly z důvodu bolesti prsů, kdy jim lékař sdělil, že se jedná o zánět prsu a předepsal jim antibiotika. Také je poučil, že by neměly přestávat s kojením. R4 a R12 tuto komplikaci překonaly, a v kojení pokračovaly i nadále, pouze R5 z důvodu zánětu prsu o mléko přišla. R4 uvedla: „*Se zánětem prsu jsem navštívila praktického lékaře, který mi předepsal antibiotika a*

poradil mi, že s kojením přestávat nemám, a na prsa si mám pokládat studené obklady nebo taky tvaroh.“

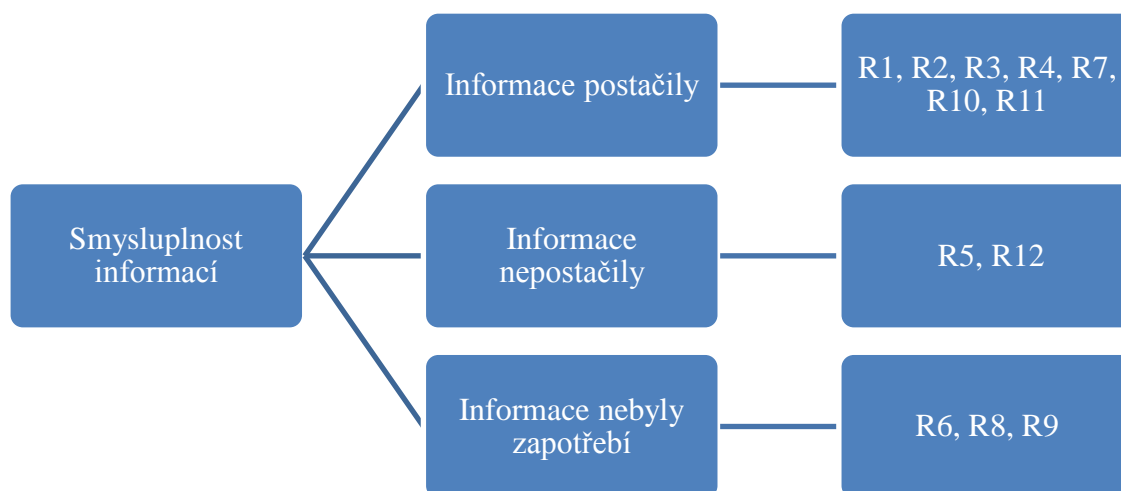
Dvě respondentky (R7, R10) se s problémem obrátily na pediatra. R7 odpověděla: „Miminko méně sálo, myslela jsem si, že mám mléka málo, a tak jsem raději zašla za dětským doktorem, který mi poradil, ať stále přikládám, a poté dokrmím umělou výživou.“ R10 měla obdobný problém, kdy od začátku měla nedostatek mateřského mléka, a tak byl novorozenec dokrmován BEBOU. R10 odpověděla, že pomoc pediatra vyhledala, protože měla obavy, zda je to pro novorozence takto vyhovující a hlavně zda je pro něj takto uzpůsobená strava dostačující.

Pouze R11 vyhledávala informace o problémech s kojením, které se u ní objevily, za pomoci internetu a literatury. Laktační krize se objevila v šestém týdnu a ve třetím měsíci po císařském řezu. R11 uvedla, že všechny informace, které na internetu a v literatuře získala, byly dostačující a dobře pochopitelné (viz Schéma 10).

Podkategorie 2 Smysluplnost informací

Podkategorií Smysluplnost informací jsme se zajímali o to, zda se respondentkám dostalo informací, o které žádaly. Ale také zda poskytnuté informace byly dostačující a srozumitelné.

Schéma 11 Smysluplnost informací



Sedm respondentek (R1, R2, R3 R4, R7, R10, R11) odpovědělo, že podané informace byly dostačující. U respondentek R1 a R2 vznikla komplikace s kojením taková, že se vůbec nedostavila. Respondentky uvedly, že informace, které ohledně tohoto problému od porodních asistentek v porodnici získaly, byly dostačující, a dobře pochopitelné. R3 uvedla, že v momentě, kdy novorozenec začal méně sát a byl spavý, využila možnosti telefonní laktační poradny. Dovolala se porodním asistentkám na stanici fyziologických novorozenců, které ji informovaly, že je důležité stále přikládat. R7 a R10, které získaly informace v souvislosti s problémem při kojení, uvedly, že veškeré rady, které od pediatra dostaly, byly prospěšné pro zachování laktace.

R11, která k řešení problému s kojením zvolila vyhledání pomoci na internetu a v literatuře uvedla: „*Vyhledala jsem si informace o laktační krizi akorát na internetu a v literatuře, všechny informace, které jsem tam našla, mi stačily, další pomoc jsme už nevyhledávala.*“

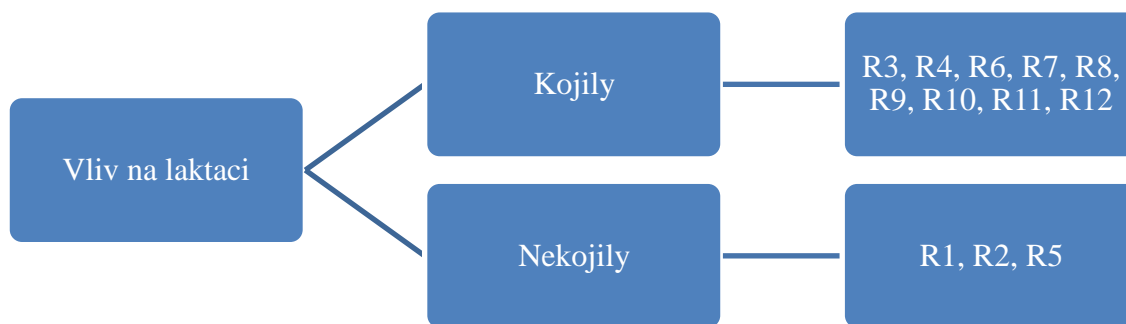
Dvě respondentky (R5, R12) odpověděly, že informace, které jim o kojení byly poskytnuty, byly nedostačující. R5 odpověděla: „*I přesto, že jsem se řídila radami od pana doktora, mléko se u mě po zánětu prsu už neobjevilo.*“ R12 uvedla, že informace, které získala od svého obvodního gynekologa ohledně zánětu prsu, pro ni byly nedostačující. Uvedla, že ji vůbec neinformoval o tom, že by novorozence měla stále přikládat k prsu. Respondentka uvedla, že jednala dle vlastní intuice a zkušenosti z kojení prvního dítěte, a novorozence přikládala k prsu i nadále.

Tři respondentky (R6, R8, R9) odpověděly, že u nich nebylo zapotřebí odbornou pomoc vyhledávat, protože se u nich nevyskytl žádný problém s laktací (viz Schéma 11).

Podkategorie 3 Vliv na laktaci

V podkategorii Vliv na laktaci jsme se zabývali tím, zda ženy, i po vyhledání pomoci stále kojily, či nikoli. Bylo zjištěno, že devět respondentek i po výskytu nějakého problému stále kojí, pouze tři z celkových dvanácti respondentek nekojí.

Schéma 12 Vliv na laktaci



Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že z celkových dvanácti dotázaných respondentek, jich stále kojí devět (R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12). Z těchto respondentek se komplikace s kojením vyskytla u šesti z nich (R3, R4, R7, R10, R11, R12). R3, R7, R10 a R11 měly problém s laktační krizí, kdy jim poskytnuté informace poskotaly a laktace se u nich nezastavila. R4 se potýkala s komplikací zánětu prsu, kdy navštívila obvodního gynekologa, ten jí podal dostačující informace, které vedly k zachování laktace. Mezi respondentky, které neměly problémy s kojením, patří R6, R8 a R9. R6 a R11 do jídelníčku dítěte, kromě kojení, začaly zahrnovat i zeleninové příkrmy. Pouze R12 uvedla, že informace, které obdržela, byly nedostačující, ale i přesto u ní k zástavě laktace nedošlo.

Respondentky, které nekojí, jsou tři (R1, R2, R5). R1 a R2 se mateřské mléko nevytvořilo vůbec, a z porodnice odcházely s umělou výživou novorozence. R1 se snažila o přikládání novorozence k prsu i doma, ale ani tak se laktace nespustila. R5 ztratila mléko v souvislosti s prodělaným zánětem prsu. Respondentka sice vyhledala odbornou pomoc u obvodního gynekologa, ale i přes rady, které jí lékař poskytl, o mateřské mléko přišla (viz Schéma 12).

5 DISKUSE

Otázky pro respondentky z výzkumného šetření byly zaměřeny na to, zda ženy podstoupily císařský řez akutní či plánovaný, a zda byla u výkonu využita celková nebo spinální anestezie. Dále se otázkami zjišťovalo, kdy došlo k prvnímu přiložení novorozence k prsu ženy, kolikátý den po císařském řezu u ženy nastoupila laktace, a jak často byla žena s novorozencem v kontaktu. Dále se výzkumné šetření zajímalo o komplikace spojené s kojením, ale i o to, kdo podal informace ohledně techniky kojení. Pokud u žen komplikace s kojením nastaly, zajímalo nás, kde vyhledávaly pomoc a zda získané informace byly pro ně v podpoře kojení dostačující. Jednou z otázek výzkumného šetření bylo také to, zda respondentky stále kojí.

Pro bakalářskou práci byl zvolen cíl, který se zaměřoval na to, jaké mají ženy zkušenosti s laktací po porodu císařským řezem. Kvalitativní výzkumné šetření se zaměřovalo hlavně na to, jaký dopad má porod císařským řezem na kojení žen, a také na to, kde ženy nejčastěji hledají pomoc při výskytu problému s kojením. Toto výzkumné šetření bylo prováděno s ženami od 42. dne do 6. měsíce po císařském řezu.

Dle ÚZIS (2017) bylo v letech 2014 - 2015 provedeno celkem 56,034 porodů císařským řezem, z toho jich bylo 18,371 provedeno akutně. V rozhovorech byly respondentky dotazovány na to, jaký způsob císařského řezu podstoupily, a z jakého důvodu byl indikován. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že ze dvanácti dotazovaných respondentek, jich podstoupilo plánovaný císařský řez šest, a akutní císařský řez také šest. Schneiderová (2015) uvádí indikaci k císařskému řezu nepravidelné uložení plodu v děloze, jakým může být i uložení plodu koncem pánevním. Z výzkumného šetření vyplynulo, že plánovaný císařský řez byl nejčastěji proveden právě z důvodu polohy plodu koncem pánevním a to u čtyř respondentek (R3, R5, R9, R11). Dle Bindera, Inzeitiga a Velebila (2013) by měla být žena s polohou plodu koncem pánevním informována o možnosti výběru porodu, mezi porodem vaginálním nebo císařským řezem, a podle svobodného rozhodnutí zvolit způsob porodu. To se ale neshoduje s odpovědí R11, která uvedla: „*Hned jak mi doktor řekl, že je plod zadečkem dolů, začal se mnou plánovat termín císařského řezu, o možnosti vaginálního porodu se vůbec nezminil.*“ Indikace k akutnímu císařskému řezu byla nejčastěji z důvodu nepostupujícího porodu (R2, R4, R6). Další indikace k císařskému řezu byly individuální, jednalo se například o placentu praevii, stav po předchozím

císařském řezu, bolestivosti jizvy nebo v souvislosti s odtokem vody plodové, kdy měla respondentka původně plánovaný císařský řez pro uložení plodu koncem pánevním.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají ženy zkušenosti s laktací po porodu císařským řezem. Z výzkumného šetření vyplývá, že ze dvanácti respondentek kojí devět, pouze tři nekojí. Při pokládaných otázkách ohledně dne nástupu laktace bylo zjištěno, že u dvou respondentek tvorba mateřského mléka vůbec nezačala, a to u R1 a R2. Lze se domnívat, že u těchto respondentek nedošlo k nástupu laktace z důvodu pozdního prvního přiložení novorozence k prsu, anebo v souvislosti s dlouhými časovými intervaly, mezi jednotlivým přikládáním.

Hanáková et al. (2017) uvádí, že v první hodině života novorozence probíhají děje, které přispívají k bezproblémovému nástupu laktace, a novorozenec by měl být ideálně přiložen k prsu do hodiny po porodu. Z výzkumu vyplývá, že právě u R1 byl novorozenec přiložen déle než za 3 hodiny, stejně tak tomu bylo i u R5 a R11. Naproti tomu, u R2 byl novorozenec přiložen do dvou hodin po porodu císařským řezem, ale ani u této respondentky tvorba mateřského mléka nenastoupila. Myslím si, že u R2 laktace nenastoupila z důvodu velkých časových prodlev mezi jednotlivým přiložením novorozence k prsu, protože respondentka uvedla, že od prvního přiložení, viděla novorozence až další den v ranních hodinách. U R5 a R11 bylo první přiložení k prsu opožděné, ale obě respondentky kojily. Třetí respondentkou, která nyní nekojí je R5, která ztratila mléko v souvislosti se zánětem prsu, který se objevil asi dva měsíce po porodu. Z odpovědí respondentky vyplývá, že obdržené informace od obvodního gynekologa byly dostačující, bohužel ani tato skutečnost nezajistila u respondentky pokračování v kojení svého novorozence.

Gregora se Zákosteleckou (2014) uvádí, že mateřské mléko se ve většině případů objeví přibližně třetí den po porodu, pokud jsou ženy po císařském řezu, může se laktace objevit o několik dní déle. Z výzkumného vzorku bylo zjištěno, že ze dvanácti dotázaných, nastoupila laktace třetí den po porodu císařským řezem u devíti respondentek (R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10, R11, R12). U jedné respondentky (R7) nastoupila laktace dokonce už druhý den po císařském řezu a dvěma nenastoupila vůbec. Ve výzkumném vzorku byly respondentky, u kterých nastoupila laktace druhý, nejpozději třetí den po porodu, proto se tvrzení Gregory se Zákosteleckou (2014), že se laktace u žen po porodu císařským řezem může opozdit, nepotvrdilo.

U R7 proběhlo první přiložení novorozence k prsu dříve, než za jednu hodinu po porodu císařským řezem, stejně tak tomu bylo i u R6 a R10. Tyto ženy dle odpovědí a

jejich výrazů byly velice spokojeny, že mají novorozence u sebe brzo, po dokončení císařského řezu. U R2, R3, R4, R8, R9 a R12, došlo k prvnímu přiložení dvě hodiny po porodu císařským řezem. U žádné z těchto respondentek, krom již zmiňované R2, nenastal problém s opožděným nástupem laktace, nebo nenastoupením laktace vůbec. Sears et al. (2012) se zmiňují o tom, že brzký kontakt mezi ženou a novorozencem, pomáhá k pozitivnímu vztahu mezi nimi, a tím dochází i ke snadnějšímu nástupu laktace. S tímto tvrzením souvisí výsledek našeho výzkumu, kdy byl novorozenec v kontaktu se ženou již za hodinu po porodu císařským řezem.

K podpoře kojení pomáhá také kontakt mezi matkou a novorozencem. Hanáková et al. (2017) uvádí, že po císařském řezu je velice důležité, aby přikládání a celkový kontakt byl co nejčastější. Respondentky nejčastěji odpovídaly, že jim porodní asistentky novorozence na JIP dovážely přibližně každé 3 hodiny (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R11, R12). Čtyři respondentky (R1, R2, R9 a R10) uvedly, že kontakt s novorozencem, a s tím související přikládání bylo po delší době než 3 hodiny. Domnívám se, že pokud přiveze porodní asistentka jednou za čas novorozence ženě místo po třech hodinách až po čtyřech hodinách, nevádí to. Problém však dle mého názoru nastává v momentě, jako tomu bylo u R1 nebo R2, a to, že novorozence přivezou porodní asistentky například až za pět a více hodin od posledního kontaktu mezi ženou a novorozencem. R12 odpověděla, že jí porodní asistentky dovážely novorozence na ošetrovatelskou jednotku JIP každé tři hodiny, pouze jednou až po čtyřech hodinách, ale nevádí jí to. V momentě, kdy byly respondentky přeloženy na standardní nebo nadstandardní pokoje, měly novorozence již stále u sebe. Pouze tři respondentky uvedly, že na dvě noci byl jejich novorozenec u porodních asistentek na stanici fyziologických novorozenců.

Dále bylo výzkumným šetřením zkoumáno, kdo, a jak důkladně podal respondentkám informace o správné technice kojení. Nejčastější odpovědí bylo, že respondentky získaly informace ohledně přikládání a kojení novorozence v porodnici od porodních asistentek. Celkem takto odpovědělo osm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10). Myslím si, že je to dobrý výsledek, ze kterého je vidět, že porodní asistentky jsou dostatečně vzdělané v problematice techniky kojení a následné edukaci žen. Dle Gregory a Velemínské ml. (2013) spočívá rozvoj laktace ve správné edukaci žen v technice kojení s ohledem na správnou polohu ženy a novorozence. Nejčastěji provádějí tuto edukaci porodní asistentky. R10 uvedla: „*Když mě sestřičky z JIPky přeložily na normální pokoj, asi za 10 minut se za mnou zastavila sestřička s miminkem,*

řekla mi, že zkusíme přiložit. Měla jsem si lehnout do postele, kdy mi přesně říkala, co mám dělat, potom ke mně položila Aničku, ukázala mi, jak mám uchopit prso, a jak ho dát do její pusinky.“ R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9 odpověděly velmi podobně jako R10. Uvedly, že se jim porodní asistentky věnovaly, názorně ukazovaly, jak například novorozenci uložit prs do úst, jak jej povzbuzovat v momentě, kdy přestane sát, a hlavně, že jim byly porodní asistentky k dispozici vždy, když respondentky potřebovaly. Dle mého názoru, je to pozitivní zjištění. Dvě respondentky (R2, R12) uvedly, že informace ohledně techniky kojení od porodních asistentek sice dostaly, ale informace byly natolik omezené, že nebyly dostačující, a další dvě respondentky (R7, R11) uvedly, že je o technice kojení neinformoval nikdo. Myslím si, že dnes by se nemělo stávat, že by podané informace ohledně kojení byly nedostačující, nebo dokonce, že by porodní asistentka ženu needukovala vůbec. Obzvláště v případě, kdy se porodnice pyšní oceněním Baby Friendly Hospital.

Další otázka, která byla v rozhovoru s ženami využita, byla, jaké komplikace se při kojení objevily. Nejčastější komplikací kojení byla laktační krize, kterou uvedly čtyři respondentky (R3, R7, R10, R11). Gregora a Velemínský ml. (2013) popisují laktační krizi tak, že žena, která normálně kojila, najednou zjistí, že prsy nejsou tolik nalité, tolik jako byly, novorozenec je neklidný, a méně pije. S tímto tvrzením se shoduje odpověď R7, kdy uvedla: *„Asi po dvou měsících Šimon prso nechtěl, pořád plakal a vztekal se u toho, myslím si, že měl prostě hlad.“* Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se vyskytly komplikace s kojením v souvislosti se zánětem prsu. Celkem se tento problém objevil u tří respondentek (R4, R5, R12). Respondentky uváděly, že je postižená oblast prsů velmi bolela a byla zarudlá, celkový stav přirovnávaly ke stavu, který prožívají při chřipkovém onemocnění (zvýšená teplota, slabost). S těmito odpověďmi se shoduje popis zánětu prsu od Hájka et al. (2014), kdy uvádí jako příznaky zánětu prsu vysoké teploty a zarudnutí prsu v postižené oblasti. Myslím si, že vznik zánětu prsu mohl souviset s poškozením bradavek, v souvislosti s nesprávnou technikou kojení novorozence. Dvě respondentky (R1, R2) odpověděly, že se u nich laktace neobjevila vůbec, a tři respondentky (R6, R8, R9) uvedly, že žádné komplikace s kojením neměly. V případě, že se žádné komplikace neobjevily, lze předpokládat, že edukace ženy od porodní asistentky byla dostačující a účelná.

Další otázky směřovaly ke zjištění, kde respondentky vyhledávaly pomoc při výskytu komplikací s kojením. Nejčastěji zazněla odpověď, že respondentky žádnou pomoc nevyhledávaly. Z dvanácti respondentek jich pomoc nevyhledalo celkem pět

(R1, R2, R6, R8, R9). R1 a R2 pomoc nevyhledaly, protože z porodnice odcházely již s umělou výživou, z důvodu nespuštění laktace. R6, R8 a R9 pomoc s kojením nepotřebovaly, protože u nich žádné komplikace s kojením nenastaly. Druhá nejčastější odpověď byla, že respondentky vyhledaly pomoc u obvodního gynekologa, a to z důvodu zánětu prsu. Tato komplikace se objevila u R4, R5 a R12. Respondentky R4 a R5 uvedly, že informace byly dostačující, bohužel u R5 tato komplikace způsobila zástavu laktace. Myslím si, že lékaři podávají smysluplné informace, které ženy chápou, a také jsou ochotné podle těchto rad a doporučení postupovat. Pouze R12 odpověděla, že informace v souvislosti se zánětem prsu a podporou kojení byly nedostačující, respondentka ale i přes neúplné informace stále kojila. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že dvě respondentky (R7, R10) vyhledaly pomoc u pediatra, jedna respondentka (R3) využila telefonické linky v porodnici, a R11 získávala informace pomocí internetu a literatury.

Další otázkou bylo zjišťováno, zda poskytnuté informace v souvislosti s komplikacemi kojení, byly smysluplné, dostačující a užitečné. Šest respondentek (R1, R2, R4, R7, R10, R11) odpovědělo, že informace, které získaly, byly obohacující, týkající se tématu a byly velice prospěšné. Tři respondentky (R3, R5, R12) odpověděly, že informace, které získaly ony, byly nedostačující. R6, R8, R9 uvedly, že žádnou pomoc nevyhledaly, tudíž nemohou říci, zda by jim poskytnuté informace pomohly. Spokojených žen s optimálním množstvím poskytnutých informací bylo šest, tři ženy žádnou pomoc nepotřebovaly, myslím si, že toto je dobrý výsledek, kdy lze říci, že informace, které ženy v souvislosti s komplikacemi kojení obdržely, byly dostatečné a kvalitní.

Podstatnou částí souboru otázek výzkumného šetření byla otázka, zda respondentky kojí či nikoli. Tímto výzkumem bylo zjištěno, že z celkových dvanácti dotázaných nekojí pouze tři respondentky (R1, R2, R5), a devět respondentek (R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12) kojí, i přes komplikace, které je potkaly. Tento výsledek je dle mého názoru velmi dobrý. Při vykonávání odborné praxe jsem se setkala s ženami, které měly obavu, že po císařském řezu u nich nenastoupí laktace, nyní jim mohu říci, že většina žen, z tohoto výzkumu kojila i přes potíže, které se u nich objevily.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tím, jak probíhá nástup laktace u žen po porodu císařským řezem. V práci byl zvolen cíl, který zkoumal, jaké mají ženy po porodu císařským řezem zkušenosti s kojením.

Po zpracování odpovědí respondentek bylo zjištěno, že celkem devět žen po císařském řezu kojí, a pouze tři respondentky nekojí. Porodní asistentky mají v podpoře kojení významnou roli, kdy většina respondentek odpověděla, že jim byly porodní asistentky nápomocné, ukázaly jim, jak novorozence nosit, jaké existují polohy pro kojení, jak přikládat a jak novorozence v sání povzbuzovat.

Dále bylo výzkumným souborem zkoumáno, jaký dopad má porod císařským řezem na kojení žen. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že porod císařským řezem nástup laktace a následné kojení nijak výrazně nenarušuje. Pouze u dvou z dvanácti respondentek laktace nenastoupila vůbec. Problémem této komplikace však může být dlouhé odloučení mezi ženou a novorozencem, které u nich nastalo. Naštěstí z výzkumu vyplynulo, že porodní asistentky dovážely novorozence za ženami přibližně každé tři hodiny, takto odpovědělo nejvíce respondentek. Bohužel se však objevily i odpovědi, kdy byl kontakt mezi ženou a novorozencem i po delší době, než jsou tři hodiny.

Nadále se výzkum zabýval otázkou, kde ženy v případě komplikací s kojením nejčastěji vyhledávaly pomoc. Nejčastější odpovědí bylo, že ženy pomoc nevyhledaly, a to z důvodu, že nebylo třeba, anebo se s aktuální situací smířily (R1 a R2). Dále bylo zjištěno, že při výskytu problému respondentky vyhledaly odvodního gynekologa, za ním chodily s komplikací zánětu prsu. Celkem tuto pomoc vyhledaly tři respondentky, a je velice uspokojivé, že dvě z nich i nadále kojily.

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity jako studijní materiál pro vysoké školy nebo pro porodní asistentky zabývající se laktací. Dále mohou být výsledky publikovány v odborných publikacích nebo na odborných konferencích.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARASH, P., CULLEN, B. F., STOELTING, R. K., et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6. vydání. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BEHINOVÁ, M., AŠENBRENEROVÁ, I., KAISEROVÁ, K., 2012. *Nová velká kniha o mateřství*. 3. vydání. Mladá fronta. 368 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
4. BINDER, T., UNZEITIG, V., VELEBIL, P., 2013. *Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním – doporučené postupy* [online]. [cit.2017-13-4]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-vedeni-prenatalni-pece-a-porodu-donoseneho-plodu-v-poloze-koncem-panevnim.pdf>
5. BRYCHTA, P., STANĚK, J., et al., 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-249-9314-6.
6. CIRICO, M., SHIMODA, G., OLIVEIRA, R., 2017. Healthcare quality in breastfeeding: implementation of the nipple trauma index [online]. *Rev. Gaúcha Enferm*, vol.37, č.4 [cit.2017-5-3]. Feb 16,2017 ISSN 1983-1447 Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400413&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. CONCEPCIÓN, A., et al., 2014. Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. [online]. *J Hum Lact*, 30(3), p. 283 – 286 [cit.2017.24.04]. May 20,2014. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24847031>
8. COUFAL, O., et al., 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-7358-2.
9. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 3*. 3. vydání. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-9552-2.
10. DORT, J., DORTOVÁ, E., JEHLIČKA, P., 2013. *Neonatologie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
11. EZROVÁ, M., RATISLALOVÁ, K., 2011. *Sestra: Podpora vztahu matky a novorozence po porodu*. [online]. [cit.2017-5-3]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/podpora-vztahu-matky-a-novorozence-po-porodu-458797>

12. FIALA, L., 2011. *Zdravotnictví a medicína: Císařský řez- záchrana, nebo komplikace?* [online]. [cit.2017-5-3]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/z-dejin-porodnictvi-x-460596>
13. GASKINOVÁ, I. M., 2011. *Průvodce kojením*. Praha: Argo. 342 s. ISBN 978-80-257-483-7.
14. GREGORA, M., 2012. *Vývoj dítěte do jednoho roku*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-2473-6990.
15. GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence*. 4. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5719-3.
16. GREGORA, M., VEMELÍNSKÝ, M. ml., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
17. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
18. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 3. vydání. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-4773-6.
19. HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
20. HANÁKOVÁ, T., 2017. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. CPress, Albatros Media a.s. 257 s. ISBN 978-80-246-0244-2 [online]. [cit.2017-5-3]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=vR8nCwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=han%C3%A1kov%C3%A1&hl=cs&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=han%C3%A1kov%C3%A1&f=false
21. HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
22. HANÁKOVÁ, T., 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
23. HARTWIG, D., HARTWIGOVÁ, M., 2014. *Jídlo na prvním místě*. Brno: Jan Melvil Publishing. 336 s. ISBN 978-80-87270-67-7.
24. HEINRICH, K., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. 11. vydání. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-9658-9.
25. HOLUB, J. T., 2012. *Jak léčit děti homeopatií*. Brno: CPress. 152 s. ISBN 978-80-264-0088-2.

26. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
27. KADLECOVÁ, M., 2010. *Sestra: Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu* [online]. [cit.2016-25-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/manual-oseetrovatelske-pecce-u-planovaneho-cisarskeho-rezu-450459>
28. KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví*. E – knihy jedou. 450 s. ISBN 978-80-751-2758-7.
29. KELNAROVÁ, J., et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
30. KLÍMA, J., et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-271-9364-6.
31. KOMÁR, M., 2011. *Sestra: Umí ženy ještě rodit spontánně?* [online]. [cit. 2016-5-3]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/umi-zeny-jeste-rodit-spontanne-458795>
32. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
33. KOUDELKOVÁ, V., 2008. Standard ošetrovatelské péče pro porodní asistenci č. 324. *Kojení a ošetrovatelská péče o prsy po porodu*. In: SÁK, P., et al., 2008. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, s. 122 – 128. ISBN 978-80-254-3744-2.
34. KUKLA, L., et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
35. KUSHI, M., KUSHI, A., 2014. *Makrobiotické těhotenství a péče o novorozence*. Praha: Triton. 387 s. ISBN 978-80-7387-758-3.
36. KÝR, K., 2014. *40 výletů do historie*. E-knihy jedou. 170 s. ISBN 978-80-7512-017-5.
37. LAKTAČNÍ LIGA, © 2016. *Baby Friendly Initiative ČR* [online]. Praha: Thomayerova nemocnice. [cit. 2016-27-11]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/bfi/>
38. MÁLEK, J., et al., 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.

39. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
40. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I., 2011. *Bonding – porodní radost: Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia. 368 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
41. MUNTAU, A. C., 2014. *Pediatric*. 6. vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
42. MÜLLEROVÁ, DANA., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Karolinum Press. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
43. NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE, © 2015. *Bonding* [online]. Pardubice: Pardubická nemocnice. [cit.2016-28-12]. Dostupné z: <http://pardubice.nempk.cz/porody-bonding>
44. NEMOCNICE PÍSEK, © 2016. *Zavedení bondingu během a po porodu císařským řezem*. [online]. Písek: Písecká nemocnice. [cit.2016-28-12]. Dostupné z: <http://www.nempi.cz/57-pomocne-clanky-pro-oddeleni/okb/osatni/725-zavedeni-bondingu-behem-a-po-porodu-cisarskym-rezem>
45. NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Baby Friendly Hospital*. [online]. Frýdek-místek. [cit.2017-22-02]. Dostupné z: <http://www.nemfm.cz/zdravotnicka-oddeleni/luzkova-oddeleni/detske-oddeleni/baby-friendly-hospital/>
46. PENKA, M., PENKA, I., GUMULEC, J., et al., 2014. *Krvácení*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-0689-4.
47. PILCH, D., 2015. The influence of birth modus on the emotional state of the mother, bonding, and the newborn's neurobehavioural state [online]. *Pomeranian j Life Sci*. 61(3), p. 249 – 56 [cit.2017-24-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27344865>
48. PODROUŽKOVÁ, K., MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Zdravotnictví a medicína: Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu* [online]. [cit.2016-12-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/osetrovatelska-pece-o-zenu-po-cisarskem-rezu-477594>
49. PUAPORNPONG, P., et al., 2017. Comparison of Breastfeeding Outcomes Between Using the Laid-Back and Side-Lying Breastfeeding Positions in Mothers Delivering by Cesarean Section, a Randomized Controlled Trial

- [online]. *Breastfeed med.* [cit.2017-24-04]. doi: 10.1089/bém.2016.0193.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28384091>
50. ROKYTA, R., et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
51. ROZTOČIL, A., et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praga: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
52. SEARS, W., SEARS, M., 2012. *Kontaktní rodičovství: Rozumná cesta k pochopení a výchově dětí*. Praha: Argo. 288 s. ISBN 978-80-257-0597-1.
53. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
54. SILÁKOVÁ, Š., 2014. *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
55. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
56. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
57. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., et al., 2016. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum. 472 s. ISBN 978-80-246-2997-1.
58. STRNADELOVÁ, V., ZERZÁN, J., 2013. *Radost ze zdravých dětí preventivní i léčebná strava pro celou rodinu*. 3. vydání. Praha: Anag. 456 s. ISBN 978-80-7263-835-2.
59. ŠUSTEROVÁ, D., 2010. *Sestra: Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému roaming-in* [online]. Košice. [cit.2016-28-12]. Dostupné z: <http://1url.cz/ktGMq>
60. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Potál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
61. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a nároční situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
62. TĚŠITELOVÁ, V., 2017.: *2017/06 Císařský řez* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky [cit.2017-13-4]. Dostupné z: file:///C:/Users/user/Downloads/17_6_Inf106_1999_odpoved_Redig.pdf
63. VOLLMER, J. B., 2016. *Zdravá strava, zdravý život*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0061-3.

64. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: Příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
65. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
66. WALLENBORN, J., et al., 2017. Breastfeeding Initiation in Mothers with Repeat Cesarean Section: The Impact of Marital Status [online]. *Breastfeed Med* [cit.2017-24-04]. doi. 10.1089/bém.2016.0205. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28358578>
67. WEISS, P., et al., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
68. © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z: <https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Anatomie prsu

Příloha 2 – Správné uchopení prsu

Příloha 3 - Polohy při kojení

Příloha 4 – Správné přisátí novorozence k prsu

Příloha 5 – Deset kroků k úspěšnému kojení

9 SEZNAM ZKRATEK

ATB – antibiotika

ID náramek – identifikační náramek

I.V. – intravenózně

IgA – imunoglobulin A

JIP – jednotka intenzivní péče

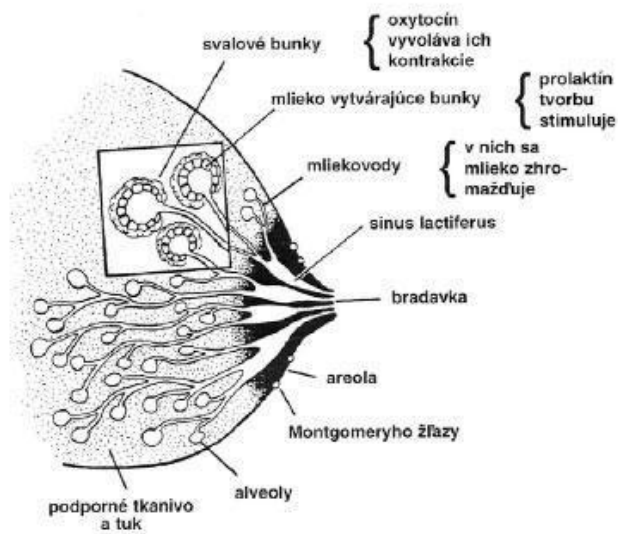
S.C. – secco caesarea

TEN – tromboembolická nemoce

UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů

WHO – Světová zdravotnická organizace

Příloha 1 Anatomie prsu



Zdroj: ŠUSTEROVÁ, D., 2010. *Sestra: Úloha sestry v edukaci prvorodička v systému rooming-in* [online]. [cit. 2017-14-4]. Dostupné z:

<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-edukaci-prvorodicky-v-systemu-rooming-in-450461>

Příloha 2 Správné a nesprávné uchopení prsu



Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>

Příloha 3 Polohy ženy a novorozence při kojení



Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>

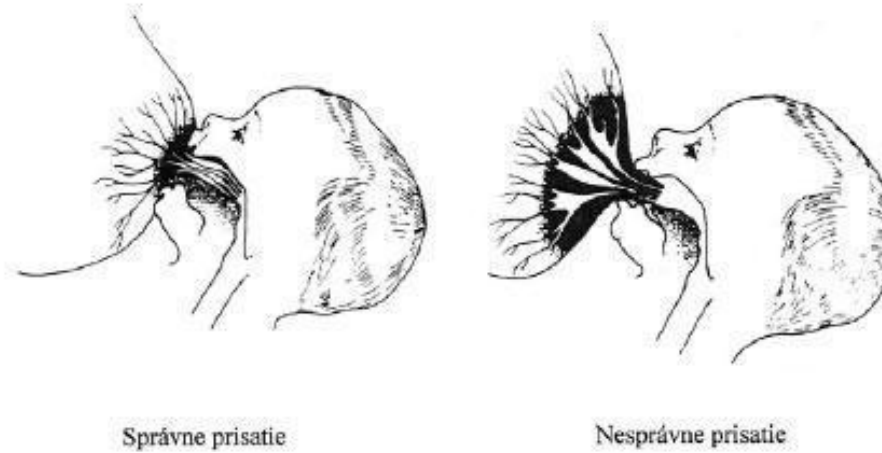


Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>



Zdroj: Zdroj: © 2017. *Jak krmit miminko*. [cit.2017-7-4]. Dostupné z:
<https://www.womenzone.cz/encyklopedie/kojeni>

Příloha 4 Správné přisátí novorozence k prsu



Zdroj: ŠUSTEROVÁ, D., 2010. *Sestra: Úloha sestry v edukaci prvorodička v systému rooming-in* [online]. [cit. 2017-14-4]. Dostupné z:
<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-edukaci-prvorodicky-v-systemu-rooming-in-450461>

DESET

KROKŮ



K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ

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

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



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

Zdroj: LAKTAČNÍ LIGA, © 2016. *Baby Friendly Initiative ČR* [online]. Praha: Thomayerova nemocnice. [cit. 2017-24-04]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/bfi/>