

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Denisa Fialová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Denisa Fialová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

KOJENÍ V NAŠÍ SPOLEČNOSTI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Magdaléna Ezrová

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Denisa Fialová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kojení v naší společnosti

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Magdaléna Ezrová

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: kojení, mateřské mléko, bonding, matka, novorozenec

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá kojením a faktory, které kojení ovlivňují. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje poznatky odborné literatury z oblasti anatomie, fyziologie a psychologie a výsledky výzkumů a studií, které se vztahují k tématům zkoumaným v této práci. Praktická část analyzuje kojení v České republice a faktory, které kojení ovlivňují.

Abstract

Surname and name: Denisa Fialová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Breastfeeding in our society

Consultant: Mgr. Bc. Magdaléna Ezrová

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 42

Keywords: breastfeeding, breast milk, bonding, mother, newborn

Summary:

This Bachelor thesis deals with breastfeeding and the factors that affect breastfeeding. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains the knowledge of literature from the fields of Anatomy, Physiology and Psychology, and the results of research that are related to the topics examined in this thesis. It analyzes breastfeeding practice in the Czech Republic and the factors that affect breastfeeding.

Poděkování

Děkuji Mgr. Bc. Magdaléně Ezrové za odborné vedení práce, poskytování dobrých rad, předávání zkušeností a ochotu kdykoliv moji práci konzultovat. Dále děkuji své rodině a partnerovi za důvěru, podporu a trpělivost při psaní mé práce.

OBSAH

| | |
|---|----|
| SEZNAM GRAFŮ..... | 11 |
| SEZNAM TABULEK..... | 12 |
| ÚVOD..... | 13 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 14 |
| 1 KOJENÍ V SOUČASNÉM SPOLEČENSKÉM KONTEXTU..... | 15 |
| 1.1 Baby Friendly Hospital Initiative..... | 16 |
| 2 ANATOMIE A KOJENÍ..... | 17 |
| 2.1 Mléčná žláza..... | 17 |
| 2.2 Tuková tkáň prsu..... | 17 |
| 2.3 Bradavky a prsní dvorce..... | 18 |
| 3 FYZIOLOGICKÉ ASPEKTY KOJENÍ..... | 19 |
| 3.1 Hormony a laktace..... | 19 |
| 3.1.1 Oxytocin..... | 19 |
| 3.1.2 Prolaktin..... | 20 |
| 3.1.3 Beta-endorfin..... | 20 |
| 3.2 Spouštěcí reflex..... | 20 |
| 3.3 Druhy mateřského mléka..... | 21 |
| 3.3.1 Mlezivo..... | 21 |
| 3.3.2 Zralé mateřské mléko..... | 21 |
| 4 KOJENÍ A PSYCHIKA..... | 23 |
| 4.1 Psychologie šestinedělí..... | 23 |
| 4.2 Kojení z pohledu psychologie..... | 24 |
| 4.3 Bonding..... | 24 |
| 4.3.1 Vliv bondingu na kojení..... | 25 |
| 4.4 Kojení a instinkty..... | 25 |
| 4.4.1 Instinkty a reflexy u novorozence..... | 26 |
| 4.5 Potřeby dítěte a matky..... | 27 |
| 4.5.1 Potřeby dítěte..... | 27 |
| 4.5.2 Potřeby matky..... | 29 |
| 5 PROBLÉMY PŘI KOJENÍ..... | 30 |
| 5.1 Nejčastější problémy na straně matky..... | 30 |
| 5.1.1 Zatuhnutí prsů..... | 30 |
| 5.1.2 Bolestivost a poškození bradavek..... | 30 |
| 5.1.3 Ucpaný mlékovod..... | 31 |
| 5.1.4 Zánět prsu..... | 32 |
| 5.1.5 Infekce kvasinkou (moučnivka)..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 5.2 Nejčastější problémy na straně dítěte..... | 34 |
| 5.2.1 Preference jednoho prsu..... | 34 |
| 5.2.2 Nepřisávající se dítě..... | 35 |
| 5.2.3 Krátká podjazyková uzdička..... | 36 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | 38 |
| 6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE..... | 39 |
| 6.1 Hlavní cíl..... | 39 |
| 6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky..... | 39 |
| 7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU..... | 40 |
| 8 METODIKA PRÁCE..... | 40 |
| 9 ORGANIZACE VÝZKUMU..... | 40 |
| 10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ..... | 41 |
| 11 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ..... | 57 |
| DISKUZE..... | 61 |
| ZÁVĚR..... | 66 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 68 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 72 |
| PŘÍLOHY..... | 73 |
| Příloha A – Dotazník..... | 73 |
| Příloha B: 10 kroků k úspěšnému kojení - verze 2018..... | 76 |
| Příloha C: Polohy při kojení | 77 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf č.1: Rozdělení věků dětí respondentek | 41 |
| Graf č.2: Věk respondentek v době porodu..... | 41 |
| Graf č.3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek..... | 42 |
| Graf č.4: Parita..... | 43 |
| Graf č.5: Způsob porodu..... | 43 |
| Graf č.6: Podíl porodnic BFHI ku nonBFHI..... | 44 |
| Graf č.7: Proběhnutí bondingu a přisátí..... | 45 |
| Graf č.8: Délka trvání bondingu..... | 45 |
| Graf č.9: Separace matky a dítěte..... | 46 |
| Graf č.10: Informovanost a podpora ke kojení na oddělení šestinedělí..... | 47 |
| Graf č.11: Jednotnost a prospěšnost informací..... | 47 |
| Graf č.12: Zodpovězení otázek..... | 48 |
| Graf č. 13: Získávání informací ohledně kojení..... | 49 |
| Graf č.14: Získávání informací o kojení v průběhu těhotenství..... | 50 |
| Graf č. 15: Krize při kojení..... | 51 |
| Graf č. 16: Délka kojení..... | 51 |
| Graf č. 17: Délka výlučného kojení..... | 52 |
| Graf č. 18: Dokrmování umělou výživou..... | 53 |
| Graf č. 19: Používání dudlíku..... | 54 |
| Graf č. 20: Používání kloboučků..... | 55 |
| Graf č. 21: Vlastní rozhodnutí o konci kojení..... | 56 |
| Graf č.22: Důvody ukončení kojení..... | 53 |
| Graf č.23: Informovanost žen rodičích v BFHI..... | 59 |
| Graf č.24: Informovanost žen rodičích v nonBFHI..... | 59 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka č. 1: Potřeby kojících žen | 49 |
| Tabulka č. 2: Motivace ke kojení..... | 53 |
| Tabulka č. 3: Problémy při kojení..... | 55 |
| Tabulka č.4: Řešení problémů s kojením..... | 55 |

ÚVOD

Mateřské mléko je nejpřirozenější zdroj výživy pro novorozence a později kojence. Poskytuje dítěti všechny nutrienty, které lidský organismus potřebuje a je ve výživě dítěte nenahraditelné. Kojení kromě potravy poskytuje dítěti také pocity bezpečí, lásky a důvěry a celkově upevňuje vztah mezi matkou a dítětem. Světová zdravotnická organizace (WHO) proto doporučuje výlučné kojení do šesti měsíců věku dítěte, a poté pokračování v kojení se zavedením příkrmů do dvou let věku dítěte. (WHO, 2003 : Laktační liga, 2014)

Téma bakalářské práce „Kojení v naší společnosti“ jsem si vybrala proto, že otázka kojení je v současné době aktuálnější, než se může na první pohled zdát. V rámci mého studia jsem se setkala se ženami, které se mne ptaly na otázky ohledně kojení. Často měly roztržité informace, které získávaly z různých zdrojů jako je na jednu stranu více či méně relevantní internet, různě smýšlející laktační poradkyně, nejednotné rady z porodnice a doporučení matek, babiček, kamarádek a širokého okolí. Hlavním cílem bakalářské práce je, analyzovat kojení u současných žen v České republice pomocí kvantitativního dotazníkového šetření, dále má moje práce objasnit otázky k tématu, jako například: *Je informovanost žen ve věci kojení dostatečná? Má na informovanost žen vliv, Baby Friendly Hospital Initiative certifikace nemocnice, ve které porodili? Jaké mají kojící ženy potřeby? Jaké problémy je potkávají na cestě kojením a s kým je řeší? Kde ženy zjišťují informace ohledně kojení?* K vytvoření práce bylo čerpáno nejenom z nejnovější odborné literatury, ale použila jsem i starší relevantní zdroje, které se vztahují k tématu, a i přes rok vydání jsou stále svým obsahem aktuální. Například se jedná o ojedinělou studii Marilyn Yalom *Dějiny ňadra*. Pro jejich výběr jsem využila svůj vlastní úsudek, elektronické databáze knihoven a také dobrých rad vedoucí práce.

V teoretické části se má práce věnuje nejprve základním informacím o kojení v současném společenském kontextu, což slouží pro celkové zorientování se v tématu, popisuje problematiku kojení z pohledu anatomie a fyziologie, zmiňuje psychologickou stránku kojení a uvádí i nejčastější problémy a jejich řešení.

Empirická část práce se věnuje nejprve způsobu, metodice a organizace výzkumu, a dále jednotlivým otázkám v dotazníku, který byl pro účel této práce vytvořen. Odpovědi respondentek jsou zpracované do formy grafů a tabulek, na které navazuje interpretace získaných výsledků vzhledem k jednotlivým dílčím cílům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOJENÍ V SOUČASNÉM SPOLEČENSKÉM KONTEXTU

Ženská ňadra jsou pro nás v našich zeměpisných šířkách více sexuálním symbolem než prostředkem k výživě, ale nebylo tomu tak vždy. V naší historii se vyskytují období, ve kterých byla prsa naopak uctívána jako prostředky pro obživu dítěte, blahobyt rodiny, národa a lidstva. Již ve Starém a Novém zákoně jsou ženská ňadra vyzdvihována a žena uznávaná hlavně jako matka. V Bibli je zobrazen obraz malého kojícího se Ježíše – což můžeme dát do souvislosti, s dodnes doporučovanou a vyobrazovanou polohou „Madony“ u kojení. V podstatě až do konce 19. století, bylo kojení, dá se říci, nevyhnutelnou záležitostí, protože neexistovala vhodná a bezpečná náhrada za mateřské mléko (Yalom, 1999, s. 12-15).

Ženy v České republice mohou v současné době získávat informace od tří organizací: Laktační ligy, Mamily, o.z. a Přirozeného kojení. Tyto organizace poskytují ženám informace o kojení, pořádají kurzy pro laktační poradkyně, vydávají články, videa, poskytují poradenství ženám a zaštiťují různé akce, které se týkají kojení. Problémem pro ženu, která se v problematice chce zorientovat, může být fakt, že tyto organizace nejsou ve svém výstupu jednotné. Laktační liga působí v České republice nejvýrazněji, zaštiťují iniciativu Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), spolupracují s porodnicemi a většina laktačních poradkyní pracujících v nemocnicích má právě kurz Laktační ligy. Kurzy laktační ligy jsou rozděleny na kurz pro poradce matky a kurz poradce zdravotníky. Oba kurzy probíhají jeden víkend a poradkyně matky absolvují navíc jednodenní stáž v Národním laktačním centru. Mamila o.z. je slovenská organizace, ale protože je hojně využívána jako zdroj informací pro kojící ženy, rozhodla jsem se ji zařadit. Mamila o.z. pracuje na svých postupech na základě výzkumů a hojně čerpá z práce doktora Jacka Newmana. Obecně klade důraz na péči v prvních chvílích po porodu a správnou techniku kojení. Kurz má náročné standardy na vzdělávání laktačních poradkyň, trvá čtyři víkendy a je ukončen testem a ústní zkouškou. Zároveň je při kurzu kladen důraz i na povahové rysy a vlastnosti uchazečů, pokud se během kurzu neprokážou dostatečné osobní předpoklady pro vykonávání laktačního poradenství, není uchazeč vůbec připuštěn ke zkoušce (MAMILA.SK, 2018). Třetí organizace, která v České republice pořádá kurzy pro laktační poradkyně je Přirozené kojení. Tyto kurzy vychází primárně ze studie Suzane Colson o takzvané savčí poloze při kojení. Tato studie je zmíněna v kapitole 4.1.1 Instinkty a reflexy u novorozence. Kurz probíhá vždy od pátku do neděle a výstupem z něj je certifikát, který účastník získá za účast na kurzu.

1.1 Baby Friendly Hospital Initiative

Roku 1989 Světová zdravotnická organizace (WHO) spolu s Dětským fondem Organizace spojených národů (UNICEF) vydalo prohlášení o *Ochraně, prosazování a podpoře kojení*, které upozorňuje na vliv zdravotnického zařízení na podporu kojení a dalo vzniknout iniciativě Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). Tento titul je udělován nemocnicím po celém světě a k hodnocení se využívá plnění „10 kroků k úspěšnému kojení“. Deset kroků k přirozenému kojení bylo v roce 2018 znovu zrevidováno WHO (viz příloha). Česká republika se do této iniciativy zapojila roku 1993, kdy jako první získala titul BFHI Thomayerova nemocnice v Praze, která v čele s MUDr. Annou Mydlilovou tuto iniciativu, spolu s výborem UNICEF v České republice zaštiťuje. Do roku 2018 byl v České republice udělen tento titul 65. nemocnicím a 8. nemocnic titul zatím nezískalo (nonBFHI), ale je u nich přítomen takzvaný edukátor, který iniciativu prosazuje a prošel vzdělávacím kurzem (Laktační liga, 2019).

Certifikace BFHI by měla být určitou zárukou toho, že žena, která v této nemocnici porodí, bude mít ten nejlepší základ pro úspěšné kojení. Z výzkumu Mgr. Anety Matěříčkové, probíhajícího v letech 2014 až 2017 s účastí 3894 respondentek, ale vyplývá, že žádná z nemocnic v České republice nesoucí označení BFHI nesplňuje všech deseti kroků k úspěšnému kojení, stanovených WHO.

2 ANATOMIE A KOJENÍ

Ženský prs je plně anatomicky uzpůsoben k ideální výživě lidského mláděte a v průběhu života ženy se individuálně mění v závislosti na životním období, a také, na počtu těhotenství, porodů a kojení. Rozlišujeme různé tvary ženských prsou. Mezi základní patří prs plochý, prs hruškovitý, dále pak prs polokulovitého tvaru a také prs svislý či ochablý. Velikost a tvar prsu je určen především tukovou tkání, ale závisí i na ostatních faktorech, například na výživě, etnickém typu a celkové stavbě těla ženy. Vlastní prs, je tvořen dvěma jednotkami – mléčnou žlázou jako takovou a tukovou tkání (Hájek, 2014, s.21).

2.1 Mléčná žláza

Mléčná žláza je hlavní funkční jednotka prsu, právě v ní se odehrává podstatná část dějů, které jsou pro kojení potřeba. Zakládá se již v prenatálním období života a jedná se o největší žlázu, která se v těle nachází. Dle porodní asistentky Iny May Gaskinové (2011) jsou prsy a mléčné žlázy základní výbavou ženy pro kojení a „*disponují jimi všechny lidské samičky bez rozdílu.*“ Mléčná žláza jako taková se dá jednoduše popsat jako žlaznatá tkáň tvořená lalůčky a kanálky. Skládá se z jednotlivých laloků, kterých je obvykle 15 až 20, z každého z nich vystupuje jeden mlékovod (ductus lactifery). Mlékovody vyústují na vrcholu prsní bradavky jako drobné otvůrky, mimo těhotenství jsou na bradavce sotva postřehnutelné, ale v období probíhající laktace se rozšíří.

2.2 Tuková tkáň prsu

Tuková tkáň prsu je u žen velice individuální záležitostí a je hlavním faktorem determinujícím velikost prsu. Není tedy pravda, že by ženy s malými prsy měly menší mléčné žlázy. Podle Schneidrové je situace, kdy má žena s malými prsy málo tkáně mléčné žlázy a ta netvoří dostatek mléka extrémně vzácná. Tuk v oblasti prsu je různě rozprostřen, část tukové tkáně se nachází mezi vlastní mléčnou žlázou a prsním svalem, a protože je uložen až za mléčnou žlázou, můžeme tuto tkáň nazvat retromamární tuk. U žen, které již kojili se může v této vrstvě vytvořit prohlubeň neboli retromamární burza. Tuková vrstva také tvoří pokryv mléčné žlázy, vyrovnává její nerovnosti a dává prsu zakulacený tvar (Roztočil 2017, s.50).

2.3 Bradavky a prsní dvorec

Bradavka a dvorec jsou tou částí prsu, která slouží k přisátí dítěte a jsou k tomu taktéž anatomicky uzpůsobeny. Velikost i tvar bradavek a dvorců je velmi individuální záležitostí, u většiny žen se vyskytují odchylky v tvaru a velikosti bradavek mezi levým a pravým prsem. Pod bradavkou se nachází hladká svalovina uspořádaná do spirálních pruhů. Díky tomuto silnému svaly je jak bradavka, tak i prsní dvorec erektilní. V chladu, při tření nebo jiné stimulaci se tedy bradavka dokáže napřímit a stává se pevnou, což usnadňuje přisátí dítěte na bradavku. V klidovém stádiu většinou bradavka vystupuje nad úroveň dvorce jen lehce a u některých žen dokonce vůbec (Hájek 2014,s.22). Pokud se žena obává, že má tvar bradavek, který může znesnadnit kojení jejího dítěte, uvádí porodní asistentka Ina May Gaskin(2011) důležitost zjištění tohoto faktu již před porodem. Vpáčené bradavky lze formovat různými metodami již během těhotenství. Pokud má žena bradavky pouze ploché, lze vyčkat do porodu a s dopomocí se dítě přisaje i na plochou bradavku. Totéž potvrzuje i Poloková(2012) působící v občanském sdružení Mamila, která uvádí: „*Nezaobírejte se tvarem prsou a bradavek. Bradavky nemusí vypadat jako dudlík na lahvičce – ony tak vlastně vůbec nevypadají*“.

3 FYZIOLOGICKÉ ASPEKTY KOJENÍ

3.1 Hormony a laktace

Na všech procesech v našem těle se podílejí hormony. Obzvláště změny, které souvisí s těhotenstvím a laktací jsou na hormonech přímo závislé. Pro tvorbu mleziva a mateřského mléka nejsou potřeba pouze anatomické struktury jako je mléčná žláza jako taková, ale také právě hormonální impuls k výrobě a uvolnění mléka. Na druhou stranu sání mléka z prsu dítětem má vliv na produkci hormonů, které zpětnou vazbou opět produkují hormony stimulující tvorbu mléka. (Sears 2012, s.94).

3.1.1 Oxytocin

Hormon oxytocin, za jehož objev získal v roce 1955 americký biochemik Vincent du Vigneaud Nobelovu cenu za chemii, má velký význam jak v porodním procesu, tak i v laktaci, je nazýván „*hormonem klidu, lásky a léčení*“. Vlivem oxytocinu a jeho rolí se zabývalo od jeho objevení nemálo autorů. Byl zjišťován jeho vliv na mezilidské vztahy, důvěru, na vznik autismu a výzkum jistě není ukončen. Za zmínku podle mého názoru stojí jedna z prvních výzkumnic zabývajících se vlivem oxytocinu na proces léčení a vliv na vztahy obecně, lékařka a matka čtyř dětí Kerstin Uvnäs Moberg, která své zkušenosti předávala i v České republice v dubnu roku 2018. (Hynie, 2008, s. 4-10)

Jeho hlavní účinek z pohledu kojení je uvolnění mléka pomocí stahu svalů prsu. Při nepřerušovaném kontaktu dítěte s matkou, obzvláště první hodinu po porodu, kdy je hladina tohoto hormonu po porodu na nejvyšší úrovni, dochází k pocitu vzájemné zamilovanosti mezi matkou a jejím dítětem. Pokud není žena výrazně stresována, je tělo schopno udržet si vysokou hladinu oxytocinu po celou dobu laktace. Stresové hormony jsou antagonisty oxytocinu. Ve vysokých dávkách má oxytocin tlumivý vliv na nervovou soustavu, jak ve smyslu tlumení bolesti, tak i na pocit celkové pohody a uvolnění pro matku i dítě, snižuje krevní tlak a tep. Má vliv dokonce i na efektivitu trávení a je prokázáno, že spolu s nízkou hladinou stresových hormonů zlepšuje hojení. Oxytocin se tvoří u všech savců, nejenom u lidské populace. Všechny samičky savců tedy zažívají již zmíněné pocity lásky, sounáležitosti s mládětem a mateřské pocity. V zoologické zahradě v Bankoku byly samičky, které krmily mláďata jiných živočišných druhů. Objevil se případ kořat tygra bengálského, které kojila prasnice a naopak. Samice projevovali vůči mláďatům plně mateřské chování. Tento jev vyvolal rozruch v médiích a dokazuje, že mateřská láska je nepodmíněná (Gaskinová, 2011, s.32-34)

3.1.2 Prolaktin

Hormon prolaktin vzniká v hypofýze a má vliv na přeměnu ženy v matku, ovlivňuje mateřské chování, přípravu hnízda pro novorozence a pomáhá dovyvinutí mléčné žlázy, rozšíření jejích kanálků a lalůček. Po porodu dojde k poklesu do té doby vysokých dávek progesteronu, který zabraňuje tvorbě mléka a prolaktin ovlivní mlékotvorné buňky, aby začaly tvořit nejprve mlezivo a poté mléko. Bylo prokázáno, že nejvíce prolaktinu se tvoří především při kojení v noci. Proto má časté noční příkládání pozitivně ovlivňuje tvorbu mléka a kojení obecně. Prolaktin mimo jiné stimuluje tvorbu oxytocinu, beta-endorfinu a dalších látek které tlumí bolest. S oxytocinem má prolaktin společné to, že oba tlumí stres u matky i dítěte. Snižuje také přechodně plodnost, tato funkce závisí na hladině hodnoty prolaktinu, která je ovlivnitelná frekvencí kojení (Gaskinová, 2011, s.38 : Leifer, 2004, s.261)

3.1.3 Beta-endorfin

Beta-endorfin má v čase porodu a kojení velmi důležitou funkci. Jak se zjistilo v 70. letech, je látkou, která funguje v našem těle jako opiát. Tento opiát je plně přírodní a je vylučován hypofýzou a hypotalamem při stresových situacích, bolesti, strachu, svalovém vypětí, sexuálním vzrušení a orgasmu. Působí na receptory bolesti podobně jako heroin nebo morfin. Během porodu pomáhá uvolňovat prolaktin a tím má vliv na začátek laktace. V těle matky se vyskytuje přibližně 3 dny po porodu, než klesne na původní hodnoty. V mateřském mléce, ale přetrvává a díky němu zažívají děti po nakojení blažený výraz (Gaskinová, 2011, s.36-37).

3.2 Spouštěcí reflex

Ke spuštění mléka z prsu dochází u žen pomocí takzvaného spouštěcího reflexu. Při sání bradavky dojde k nárazové nadprodukcí prolaktinu a oxytocinu, buňky kolem komplexu žlázaté tkáně v prsu se stáhnou a dojde k eji kci mléka. Tento jev se u některých žen projeví i bez sání dítěte. Prsy reagují na pláč jiných dětí spuštěním mléka, některé matky udávají, že jim vytéká mléko i při vzpomínce na jejich miminko. Žena může také cítit v prsou jemné chvění, což je způsobeno právě stahem buněk kolem mléčné žlázy, někdy může mléko ukapávat nebo vystříknout z druhého prsu při kojení. (Gaskinová, 2011, s. 42 a 120)

3.3 Druhy mateřského mléka

V průběhu laktace se v prsou tvoří nejprve nažloutlé husté mlezivo a poté řidší světlé zralé mateřské mléko.

3.3.1 Mlezivo

Kolostrum neboli mlezivo je prvním mlékem, které vzniká jako předchůdce zralého mléka již v 16. týdnu těhotenství. Je velice bohaté na různé látky a prvky. Štefan (2012) uvádí, že „obsahuje množství vitamínů, minerálů, stopových prvků a také významné bílkovin, růstové faktory, inhibitory proteáz, dále protilátky, které mají přímý účinek proti bakteriím, plísním a některým virům.“ Jde o hustou nažloutlou tekutinu, která je bohatší na bílkoviny než mateřské mléko, zejména na globuliny, kterých obsahuje poměrově více než kaseinu. Obsahuje také více hořčíku, který pozitivně ovlivňuje střevní peristaltiku novorozence a tím napomáhá včasnému odchodu mekonium z trávicího traktu. Oproti zralému mléku, ale mlezivo obsahuje méně cukrů a tuku. Mlezivo má nepopíratelně i velké zdravotní benefity pro novorozence, krom toho že tiší jeho hlad. Mlezivo zůstává v prsech většinou 2-3 dny po porodu, tato doba je ovlivněna několika faktory. Zkrátit tuto dobu může třeba fakt, že matka kojila předchozí dítě. Naopak opozdit nástup tvorby zralého mléka může ovlivnit, nedostatečný kontakt s dítětem, nebo byla okolnostmi přinucena kojit pouze v předepsaných intervalech (Gaskinová, 2012, s.39-40 : Hájek,2014, s.211).

3.3.2 Zralé mateřské mléko

Mateřské mléko – taktéž nazývané zralé mléko je tvořeno mléčnou žlázou a jeho produkce následuje po produkci mleziva. Narozdíl od mleziva je méně žluté, poměrně řidší konzistence a bílé mléčné barvy. Mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší potravou, především proto, že je plně uzpůsobeno jeho potřebám. Sabersky (2009) uvádí že obsahuje látky ovlivňující imunitu, jak ve smyslu předcházení alergiím, ale i zánětům močových cest, průjmům a zánětům středního ucha, dále pak obsahuje protein ovlivňující nekontrolovatelné bujení buněk.

Obsah bílkovin v mateřském mléce je uzpůsoben enzymatickým schopnostem trávicího traktu kojence, aby nebyl vystaven nadbytku aminokyselin. Oproti například kravskému mléku, je obsah hlavní bílkoviny – kaseinu skoro o polovinu menší. Oproti bílkovinám obsahuje mléko velké množství sacharidů. V největším množství je zastoupena laktóza což ovlivňuje střevní mikroflóru ku prospěchu Laktobacilů a jiných bifidogenních bakterií. Stolice kojence krmeného mateřským mlékem je tedy mnohem méně zásaditá a

dráždivá než dítěte krmeného umělou výživou. Obsah tuku je srovnatelný s kravským mlékem, ale protože mateřské mléko obsahuje lipázu, je vstřebávání tuku lepší než u mléka kravského. Vitamíny se v mateřském mléce vyskytují v ideálním množství až na vitamín K a D, které by se měli substituovat. Minerálních látek neobsahuje mléko moc, což ale slouží jako prevence hypertonické dehydratace při ztrátě tekutin z organismu (Muntau, 2009, s.53-54).

Ve výzkumu Shah a kolektivu (2016) byl zjišťován vliv kojení při odběru krve u novorozence na projevy bolesti. Hodnocen byl pláč dětí, kdy bylo zohledněna, jak délka pláče tak i po jak dlouhé době začali novorozenci plakat. Výsledným zjištěním bylo, že oproti testovací skupině, která dostala během odběru pouze čistou vodu, mateřské mléko zmírnilo bolestivé projevy u novorozence. Došlo k zjištění lepšího výsledku i oproti samotnému utěšování matkou. Ve srovnání s podáním sacharózy, byla zjištěna vyšší účinnost sacharózy. Stejným tématem vlivu kojení na vnímání bolesti se věnovala studie Harrison a kol.(2016), tentokrát u dětí do 1 roku věku. Bylo zahrnuto celkem 1066 dětí ve věku 1 – 12 měsíců věku s převahou dětí do 6 měsíců. Byla porovnávána jak délka pláče jednotlivých dětí, tak fyzická odpověď organismu na bolest jako stresový faktor. Porovnávány byly skupiny: kontrolní, s podáním vody, s podání orální formy glukózy, s masáží místa vpichu, skupina utěšována matkou, s nanesením topického anestetického krému a skupina kojená. Bylo zjištěno že skupina dětí, která byla kojená, měla lepší výsledky snížení vnímání bolesti než všechny skupiny ostatní. Došlo ke zkrácení doby pláče v průměru o 38 sekund. Fyzické projevy bolesti byly u dětí kojených také menší, měly objektivně nižší frekvenci srdečního tepu. Tyto výzkumy tedy prokazují, že kojení má objektivně příznivý vliv na vnímání bolesti a stresových situací obecně a z toho vyplývá, že je přínosné podporovat ženy ke kojení během nepříjemných lékařských zákroků a vyšetřeních.

4 KOJENÍ A PSYCHIKA

4.1 Psychologie šestinedělí

Šestinedělí je období začínající porodem a trvající 40 dní. Toto období má pro ženu i její okolí určité úskalí. Žena se definitivně promění v matku a taková velká změna má ve většině případů vliv i na její psychiku. Velký vliv na psychické změny v šestinedělí má fyziologický proces hormonálních změn po porodu. Porodem placenty začíná období, trvající přibližně 72 hodin, ve kterém klesá hladina progesteronu a estrogeneru. V období kolem 19. století se na našem území šestinedělí přikládalo až mystický smysl a žena byla dá se říct v „*karanténě*“. Bylo zvykem, že byla obklopována jídlem, které jí přinesli ostatní ženy z jejího okolí. V pokoji, kde šestinedělka s dítětem přebývala, byla umístěna takzvaná koutní plachta, která rozdělovala místnost. Za touto plachtou měla žena své místo, kde měla klid a mohla trávit čas se svým dítětem. Kontakt s dítětem a možnost odpočinku, spolu s přítomností ostatních žen jistě působilo na šestinedělku ozdravně po psychické stránce. V dnešní společnosti nepřikládáme období šestinedělí takový smysl, novopečená matka postrádá svoje ženské společenství složené ze zkušených žen, stará se o domácnost, jídlo pro sebe a pro partnera, často opečovává i starší dítě, a ještě by měla vypadat reprezentativně, ale matka by se měla v první řadě cítit dobře, spokojeně a její osobní potřeby by neměly ustupovat do pozadí. Pokud tomu tak není a potřeby šestinedělky jsou odsunuty na druhou kolej, může u sebe žena zpozorovat nepříjemné pocity, jako následek fyzických i psychických poranění, které mohly vzniknout v průběhu porodu. Žena se může cítit osamělá, po příchodu dítěte se jí naruší emoční rovnováha, může se dostavit nepřítomnost záchytných bodů v životě nebo citové odcizení mezi ženou a partnerem. Každá šestinedělka potřebuje podporu, v ideálním případě nejenom od partnera, ale i od rodiny a svého okolí celkově. Pro muže je období šestinedělí také velice náročné. Změní se jejich partnerka, jejich domácnost, jejich zvyky, párová intimita a změní se i oni sami. Na pocity partnera je často zapomínáno a ve velkém množství zdrojů není partner zmíněn vůbec nebo je naopak pasován do role člověka, který vše vyřeší a postará se o ženu i potomka. Otec a jeho podpora je pro ženu velmi důležitá. Žena své emoce a city věnuje v nové roli matky a k tomu potřebuje, aby někdo pečoval o ni (Behinová, 2012 : Gutmanová, 2013: Ratislavová, 2008).

Přibližně 50-80% žen se v průběhu třetího až šestého dne po porodu setká s poporodním splínem neboli „*poporodním blues*“. Žena, u které se poporodní blues projeví, je celkově

plačtivá, zranitelná, úzkostná, unavená a pro okolí až nečekaně smutná, protože z pohledu rodiny a přátel by přece měla být šťastná a radovat se z potomka. Někdy se může vyskytnout i stav, kdy se u ženy střídá nadšená nálada s následným propadem k úzkosti a smutku. Častým jevem je také sebedoceňování a nejistota v mateřské roli. Některé ženy mobou prožívat poporodní blues i s fyzickými projevy, jako je například bolest hlavy, pocit bušení srdce, snížená chuť k jídlu a další. Přesná příčina vzniku není známá, ale pravděpodobně jde o souhru hormonálních změn, změny sociální role, spánkové derivace, průběhu porodu a těhotenství a případné psychiatrické anamnézy ženy. Tento stav by měl sám postupně vymizet v průběhu dvo týdnů a je v mezích fyziologie (Ratislavová, 2008, s.82 : Behinová, 2012, s.178 : Gutmanová, 2013, s.88).

4.2 Kojení z pohledu psychologie

Gutmanová (2013) uvádí, že pro usnadnění kojení je důležité neopomenout si fakt, že kojení má hodně společného s partnerským soužitím, jde o propojení dítěte a matky ve velmi úzkém svazku. Stejně jako ve všech mezilidských vztazích je důležitý respekt k aktuálním potřebám obou jedinců a k tomu, že potřeby dítěte a matky se mění každým dnem. Žena i dítě potřebují k ideálnímu spojení, čímž kojení rozhodně je, nejdříve komunikovat, cítit vzájemnou blízkost a tělesný kontakt. Mateřské mléko z pohledu psychologie nepředstavuje jen zdroj potravy, ale je láskou, komunikačním prostředkem, útěchou, bezpečím, oporou, vlastní přítomností, teplem a uspokojením. Pokud na kojení budeme nahlížet z tohoto významu, bude pro nás kojení podle potřeb dítěte přirozeností. Vše zmíněné i my dospělí vyžadujeme a přejeme si získávat od svých blízkých a nepovažujeme to na rozmar nebo rozmazlenost. Je však důležité nezapomenout, že k efektivnímu kojení není důležité pouze rozpoložení dítěte, ale i nálada a rozpoložení kojící matky (Ratislavová, 2008, s.84)

4.3 Bonding

Bonding neboli proces „*připoutání*“ nebo „*sepětí*“ při kterém se tvoří vzájemný vztah mezi matkou a dítětem. I když vazba matka-dítě vzniká již v těhotenství, vrchol emočního sepětí je právě po vyplavení velkého množství hormonů při porodu. Tento proces by měl být maximálně podpořen. Ideální je maximalizace kontaktu matky s jejím novorozeným miminkem. Pokud dojde po porodu k položení nahého neumytého miminka na kůži matky, záhy dojde k instinktivnímu chování – novorozenec si začne vkládat pěstičky do úst a ochutnávat plodovou vodu na nich. Protože plodová voda voní a chutná

obdobně jako látky vylučované prsním dvorcem, může dítě podle stejné vůně a chuti snáze najít zdroj potravy. Položením dítěte na nahou hrud' matky je zajištěna také termoregulace a zlepšení poporodní adaptace (Mrowetz,2011, s.18 a 21). Totéž potvrzuje také studie z roku 2016 „*Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*“ (Časný kontakt kůže na kůži pro matky a fyziologické novorozence) která uvádí, že novorozenci, u kterých došlo k brzkému kontaktu kůže na kůži po porodu, měli lepší výsledky v hodnocení poporodní adaptace, dýchání a oběhu. Byla zjištěna také vyšší hladina glukózy v krvi dětí, které byli na těle svojí matky. Potvrzuje také, že termoregulace je srovnatelná se standardní péčí na novorozeneckém oddělení.

4.3.1 Vliv bondingu na kojení

Při kontaktu matky s dítětem, kdy se dotýkají navzájem nahou kůží dochází k vyplavování oxytocinu ve velkých dávkách, což je základ podpory laktace. Oddělení matky a dítěte ať už z jakéhokoliv důvodu je pro oba nejenom bolestné, ale negativní vliv na nástup laktace je průkazný. Při oddělení dítěte od matky dochází k vyplavení stresových hormonů, což v kombinaci s únavou po porodu působí proti produkci hormonů, díky kterým funguje celé kojení (Mrowetz, 2011, s.193). Oproti tomu Jakubová (2013) uvádí že pokud dostane novorozené dítě možnost být s matkou v nerušeném kontaktu, pravděpodobně se přibližně do jedné hodiny projeví schopnost samopřísátí. Děti jsou schopny se pomalu doplazít k prsu matky, najít bradavku a přisát se. Děti, které se takto samy přisají k prsu se ve většině případů přisají správně a do budoucna nemají problém s přisáváním a kojením obecně.

4.4 Kojení a instinkty

Instinkt je termín, který byl zaveden v 19. století a jeho význam je obdobný s dříve používaným označením pud. Jedná se o rozené chování živočichů, pouze částečně ovlivnitelné učení, čím více vývojově vysoko živočich je, tím více dokáže svoje instinkty ovlivňovat, respektive potlačovat. Z genetického hlediska je instinkt interpretován, jako nejstarší a nejprimitivnější úroveň motivace, neboť slouží k cíli uspokojení potřeb. (Nakonečný,2018).

Gutmanová (2013) uvádí, že ženskost a ženské nitro je celý život silně nakloněna matce zemi a tomu, že jsme součástí přírody. Fyziologické procesy v těle se dějí mimo jiné i na podkladě instinktů, intuice, přirozenosti a nějaké animálnosti v nás. Pokud si žena dovolí být takovou, jakou být chce a dá volný průběh instinktům, může si uvědomit

podstatu kojení. Kojení je pro nás nepřírozanější záležitostí, je pro lidský živočišný druh něčím, co rozvíjí to nejzákladnější, nejdívočejší a nejpozemšťejší co v sobě žena-matka má. Když žena odhodí stud, myšlení, rozum a všemu dá volný průchod, mohou právě v tomto mystickém okamžiku krmení svého vlastního dítěte zdrojem potravy, které pro něj připravilo její vlastní tělo, vyplout na povrch potlačované stránky její povahy. Poznání sama sebe a svého zvířecího já může být překvapující a pro někoho až pohoršující. Žena má najednou potřebu novorozence očichávat nebo dokonce olizovat, tento proces Gutmanová nazývá „*osvobozením od lží, které jsme si celý život vykládaly o tom, kdo jsme nebo kým by, jsme měly být.*“ Ženy, které si přejí kojit, by se rozhodně neměly vzdát svým přirozeným instinktům.

4.4.1 Instinkty a reflexy u novorozence

Již v intrauteriním životě je plod velmi aktivní a reaguje na svoje okolí. Okolo 20. týdne gravidity se postupně zdokonalují smysly jako sluch, čich, chuť a zrak. Mnohem dříve se vyvíjí se jednotlivé reflexy, okolo 5 týdne gravidity již hrbolek sloužící jako základ pro končetinu reaguje na dotyk, což je předzvěst úchopového reflexu. Sací reflex se objevuje okolo 9 týdne a projevuje se sáním vlastních ruček. Plod v děloze reaguje na zvuky ze světa zvenčí, hlas svojí matky, její pohyby a celkově reaguje na to, co se děje kolem něj. Právě matka je pro dítě i po porodu tou nejdůležitější osobou. Děti jsou instinktivně vybaveni pro navazování kontaktů se svým okolím. Rozpoznají lidský hlas mezi ostatními zvuky a je pro ně příjemný. Přirozeně se dožaduje kontaktu s matkou, dívá se na ní a nonverbálně komunikuje (Říčan, 2008, s.266-267). Ina May Gaskinová (2011) uvádí, že pokud má matka s dítětem možnost strávit v nerušeném kontaktu určitý čas, tak oba prokazují určité instinktivní chování, kterým se navzájem ovlivňují. Žena, která má své dítě položené na svém břiše má touhu ho hladit a sahat na jeho nožičky a ručičky, to vyvolá u novorozence vrozené reakce sloužící k podpoře přísátí. Dítě se projevuje otíráním obličeje o tělo matky, kroucení hlavičkou ze strany na stranu – což je někdy mylně vykládáno jako odmítání prsu. Takových podmíněných reakcí u novorozenců bylo zaznamenáno přes 50. Uvedu pouze několik, například: otvírání úst, olizování rtů, očichávání, dávání pěstiček do úst, navazování očního kontaktu, slinění, vysouvání jazyka a tak dále.

Suzanne Colson (2012) ve své studii uvádí, že k největšímu rozvoji reflexů a instinktivního chování u dítěte dochází v poloze v pololeže – savčí poloha. Poloha v pololeže prohlubuje komunikaci mezi matkou a dítětem. Toto tvrzení popírá aktivní

přístup matky k polohování dítěte při kojení. Když dítě leží na břiše na těle pololežící matky, gravitace tiskne jejich těla k sobě. Tento vzájemný kontakt mezi matkou a dítětem spouští spontánní a vrozené chování matky a dítěte při kojení. Při sledování videozáznamů kojících párů matka-dítě se objevil jev který Colsonová nazývá jako takzvanou „*bipolaritu reflexů*“, při pozorování dětí při kojení, některé projevovaly reflexy zdánlivě v negativním slova smyslu, například kopání nohama, odtahování se od prsu, prudké pohyby hlavou a tak dále. Autorka studie dělí přirozené instinkty do kategorií stimulantů a blokátorů. Stimulanty pomáhají najít dítěti prs, správně se přisát a efektivně se kojit, oproti tomu blokátory kojení znesnadňují a zdánlivě působí jako by dítě prs odmítalo. Zní to jednoduše, ale kouzlem tohoto dělení je fakt, že se jedná o tytéž instinkty. Jde pouze o to, v jaké poloze je dítě kojeno, v poloze v leže na boku, vzpřímeném sedu, popřípadě mírném předklonu, matky popisovaly nežádoucí chování u svých dětí, jako právě již zmíněné odtahování od prsu. Pokud ale dochází ke kojení v pololeže, najednou tyto projevy dávají smysl a dítě pomocí nich aktivně a efektivně hledá a stimuluje bradavky – odtahování se záškuby a kroucení hlavou a samo se pohybuje v oblasti hrudníku směrem k prsu – kopání, pohyby ručiček. Statisticky vyšlo najevo že převahují stimulanty, pokud jsou podpořeny polohou kdy gravitace tlačí dítě směrem k matce oproti polohám kdy gravitace tlačí lidské mládě do polštáře, podložky nebo ruky matky.

4.5 Potřeby dítěte a matky

Potřeba neboli vnitřní motiv, je stav kdy člověk pociťuje nedostatek, tím dojde k nutkání nedostatek doplnit, což je proces uspokojování potřeby. Potřeby mohou být biologické, sociální, psychologické a kognitivní. Panuje určitá hierarchie potřeb, což je částečně individuální pro jednotlivce, ale pro přežití lidstva jako druhu, musí být zachovány určité zákonitosti v hierarchii uspokojování potřeb. Tuto základní hierarchii zpracoval Maslow ve své teorii. (Říčan, 2008, s.186)

4.5.1 Potřeby dítěte

Potřeby novorozeného dítěte jsou ve velké míře ovlivněny tím, že oproti mláďatům jiných savců se děti rodí značně nevyvinuté, zvláště co se týče pohybu. Během prvních deseti měsíců po porodu, se potřeby dítěte v podstatě shodují s potřebami, které mělo v životě *in utero* a to je: komunikace, kontakt a neomezený přísun potravy. V péči o novorozence je důležité pochopit a uvědomit si, že touha po uspokojení potřeb je pro dítě přirozeností a hlavně, že dítě nic nepředstírá a nesnaží se s matkou manipulovat. Naše

společnost má tendenci mluvit o matkách nosících svoje děti na těle a cílících na potřeby dětí, jako o ženách, co jsou přehnaně pečující. Okolí se obává, že dítě bude rozmazlené, nebude schopné samostatného života a plněním potřeb mu matka uškodí. Což už z principu potřeb je nesmysl (Gutmanová, 2013, s.99-102).

Mezi potřeby dítěte patří potřeba komunikace. Gutmanová (2013) uvádí, že dítě je již jako plod v děloze je v komunikačním středu neustále. Matka komunikuje s ním, okolí komunikuje s matkou, matka komunikuje s okolím, a i dítě samo pomocí pohybů komunikuje s matkou. Komunikace není pouze o slovech, pro novorozence je mimo slov důležitá také komunikace pomocí pohledů, pocitu přítomnosti, bezpečí a lásky. Ideální pro novorozence je právě sociální interakce s matkou prostřednictvím neustálé přítomnosti. Nemáme ve zvyku s malými dětmi mluvit, někomu může připadat směšné vysvětlovat něco miminku, co zdánlivě nic neumí, ale to, že neumí používat řeč neznamena, že nerozumí a nevnímá. Pokud s dětmi mluvíme pravidelně, navozujeme tím citové vztahy a pomocí nich se právě děti dorozumívají. U malých dětí na rozdíl od dospělých rozvinutější smyslové vnímání, telepatické a intuitivní schopnost

Kontakt je další potřebou, která je pro dítě nezbytnou. Kontaktem mezi matkou a dítětem dochází primárně k uspokojování potřeby bezpečí. Dotyk, objímání a tisknutí dítěti evokuje jeho život před porodem, kdy jeho tělo bylo vždy ohraničení tělem jiným. Dítě fylogeneticky potřebuje být ohraničováno a zároveň být součástí jiného těla, nevnímá, kde jeho vlastní tělo začíná a končí, okolní svět je pro něj nekonečný a děsivý (Gutmanová,2013, s.100). Tím, že je dítě v kontaktu s matkou a je nošeno, dochází ke stimulaci vestibulárního systému, což je struktura za středním uchem, která kontroluje rovnováhu a reaguje na pohyby těla člověka. Děti, které jsou nošeny například na těle matky v šátku musí reagovat na její pohyby při běžných denních aktivitách a tím je jejich vestibulární systém dostatečně stimulován, což má vliv na psychomotorický vývoj jedince, pomáhá dětem lépe dýchat a celkově jim prospívá (Sears, 2012, s.121).

Dále Gutmanová uvádí že, dítě, ještě jako plod v děloze přijímá živiny v podstatě neustále. Potřeba přijímat potravu je velmi individuální a pro každého jedince odlišná. Dítě má neustálou potřebu se sytit, jak už z pohledu potravy nebo přijímání informací. Některé matky svým dětem prs odebírají s velmi racionálně znějícím vysvětlením „*Už jedlo.*“ nebo „*Vždyť už ten prs jenom cucá.*“ a neuvědomují si jak moc je pro dítě důležitá ne jenom potřeba příjmu potravy, ale i potřeba sání, potřeba polykání a potřeba blízkosti se svojí matkou (Gutmanová,2013, s.100).

4.5.2 Potřeby matky

Ve velkém počtu publikací jsou upřednostňovány potřeby novorozeného dítěte před potřebami matky. Mnohdy jsou potřeby ženy uvedeny pouze v rovině fyzické nebo ještě hůře, nejsou uvedeny vůbec. Německá porodní asistentka Ingeborg Stadelmann (2009) uvádí podobnou myšlenku nejenom o potřebách ženy, ale celkově o celém šestinedělí.

Při uspokojování potřeb žen je vhodné si uvědomit, že prioritou není tělesná stránka člověka, měření teploty a krevního tlaku. Žena se musí s mateřstvím identifikovat především svojí duševní stránkou a s tímto faktem souvisí i její potřeby. V oblasti těhotenství a porodu postupně přikládáme větší důležitost holistické péči, zaměřené jak na fyzickou, tak duševní stránku člověka, v období šestinedělí a mateřství obecně, máme ještě co zlepšovat. Zejména v ranném šestinedělí by měla mít žena uspokojené potřeby klidu, spánku, opočíneku, pohodlí, dobrého výživného jídla a dostatku pití. Žena se zvláště během prvního týdne šestinedělí zotavuje z posledních týdnů těhotenství a z psychického a fyzického vypětí, které zažila při porodu, proto je důležité, aby bylo ženě dopřáno odpočívat dle libosti a užívat si chvíle v posteli. S uspokojením této potřeby povětšinou nemívá problém okolí ženy, ale sama aktivnější žena se může cítit nevyužitě. Ovšem i po fyzické stránce má klid v prvním týdnu po porodu velký význam, protože během něj dochází k lepšímu nástupu laktace, hojení porodních poranění a to včetně "neviditelných" poranění pánevního dna a závěsného aparátu dělohy. Na tento typ poranění je u žen často zapomínáno, ikdyž jsou pro její budoucí kvalitu života a sexualitu nejdůležitější. S klidem souvisí také potřeba "upřednostňování sama sebe", ve smyslu upřednostnění vlastních zájmů a tím i zájmů dítěte před širokou rodinou a návštěvami. Zájmy dítěte a matky záměrně uvádím v jedné větě, protože považuji za důležité zmínit, že štěstí dítěte je v přímé návaznosti na štěstí matky. Zavedením systému rooming-in na oddělení šestinedělí, mohlo dojít k omylu většiny návštěvníků porodnic, že mohou chodit v hojném počtu navštěvovat matku, aby si mohly chovat, fotit a mazlit miminko. Proto není vůbec špatným rozhodnutím, když žena návštěvy odmítne úplně. Pro nástup laktace a fungující kojení by měla žena mít dostatek času, soukromí a již zmíněného klidu, což jak je zřejmé, nemůže mít, pokud si návštěvy na jejím pokoji na oddělení šestinedělí podávají dveře (Stademann, 2009). Často i ženy nehospitalizované na oddělení šestinedělí, využívají toho že jsou v domácím prostředí k tomu, aby obstaraly chod domácnosti. Zapomínají, ale na sebe samu a svoje potřeby.

5 PROBLÉMY PŘI KOJENÍ

5.1 Nejčastější problémy na straně matky

5.1.1 Zatuhnutí prsů

Běžně a fyziologicky dochází k nalití a plnosti prsů mezi třetím a pátým dnem po porodu. V tomto období jsou prsy plné, ale nebolestivé a bradavka i dvorec jsou měkké a pro dítě snadno uchopitelné. Pokud dojde v zatuhnutí neboli „ztvrdnutí prsu“, jsou oba prsy tvrdé s napjatou kůží, nalití je výraznější. Bradavka i dvorec jsou ztuhlé, napjaté a oteklé, což může komplikovat přísátí dítěte, pro které je obtížné prs uchopit. Pokud dojde k problému s otokem bradavky a dvorce, je možné provádět takzvanou květinkovou masáž – ukazovákem, prostředníkem a prsteníkem obou rukou se zatlačí na přibližně 1 minutu na dvorec, tím se sníží otok bradavky a dítě se lépe přisaje. Zatuhnutí je vždy bez infekce, proto by žena neměla mít horečku. Zatuhnutí může být zaměněno s mastitidou neboli zánětem prsu, rozdíl je ten, že při zatuhnutí, jsou oteklé a tvrdé oba prsy, mastitida je většinou pouze v jednom a je infekčního původu. Pro úlevu je doporučováno ručně odstříkávat mléko do úlevy, nejlépe ve sprše po přechozí masáži prsů, tím dojde k jejich změknutí, což usnadní přísátí dítěte. Když prsy změknou, měla by žena přikládat dítě k prsu co nejčastěji, tím dojde ke snížení množství lymfy v prsech. Dále uleví chlazení prsou, ideální jsou obklady například ze zelných listů nebo tvarohu, přikládáné na prsy třikrát až čtyřikrát denně. Je-li bolest tak silná, že matku omezuje nebo popřípadě zabraňuje spouštěcímu mechanismu mléka, je možné použít analgetika (Gaskinová, 2011, s.134-135):(Poloková, 2012, s.58).

5.1.2 Bolestivost a poškození bradavek

Bolest bradavek by se nikdy neměla ignorovat. Až na citlivost bradavek a pocit silného sání při prvních přísátích miminka, jde vždy u problém, který je třeba řešit. Pokud je bradavka poraněná, je důležité identifikovat proč a kdy k poranění došlo, to pomůže obtíže odstranit. V případě silné bolesti je ideální vyhledat komunitní porodní asistentku nebo laktační poradkyni, která se svými zkušenostmi dokáže pomocí charakteristických znaků různých poranění určit příčinu. Nejčastěji bolest bradavek naznačuje špatné přísátí dítěte nebo jeho nevhodnou polohu u prsu, v tomto případě matka cítí bolest hlavně při přiložení dítěte k prsu a během sání. Pokud by nedošlo k nápravě špatné techniky kojení, může poškozování bradavky přispět vzniku ragád, krvácení nebo k zanesení sekundární infekce a vzniku zánětu prsu. Pokud je po kojení bradavka zdeformovaná nebo

asymetrická, je velice pravděpodobné, že se nejedná o přechodnou bolestivost, ale právě problém s technikou kojení. Dále se na bradavce mohou vytvořit zarudlá nebo růžová místa a puchýřky. Pokud se vyskytne růžový až červený pruh na bradavce, můžeme očekávat v blízké době objevení ragády. Puchýřky na bradavkách vznikají z důvodu velké intenzity sání dítěte, tento problém se většinou objevuje při porušeném spouštěcím reflexu, použití dudlíku nebo špatné polohy při kojení. Pokud se na bradavce již objeví prasklinky (ragády) nebo krvácení, je vhodné před kojením ručně trochu mléka odstříkat, kojení by mělo začít z méně bolestivého prsu, aby došlo ke spuštění mléka a dítě nemuselo bolestivou bradavku sát tak silně. Když dítě dopije, pomůže se zahojením vymáčknutím kapky mléka nebo mleziva na bradavku, má totiž antibakteriální vlastnosti. Na ošetřování poškozené bradavky, je krom mateřského mléka vhodné používat mast s obsahem lanolinu, popřípadě antibakteriální krémy a masti. Žena by taktéž měla prsy dostatečně větrat a zamezit tření bradavek o látku podprsenky nebo oděvu. Občas se může stát, že žena nebolestivě krvácí z bradavek ke konci těhotenství nebo na začátku kojení. Jedná se o stav který obvykle zmizí během pár dní a není pro matku ani pro dítě nijak nebezpečný (Gaskinová, 2011, s.136-139 : Schneidrová, 2006, s.27 : Poloková, 2012, s.62).

5.1.3 Ucpáný mlékovod

Dalším poměrně častým bolestivým neduhem nebakteriálního původu je ucpání mlékovodu, neboli mléčného kanálku. Vniká tím, že v určité části prsu přestane mléko volně protékat, tím dojde k lokálnímu zánětu a bolesti. Projevem tohoto problému je vytvoření citlivé bouličky většinou v jedné části prsu bez přítomnosti horečky nebo chřipkových příznaků. Ucpání mlékovodu často vzniká tlakem na bradavku a prs, například nošením těsné podprsenky, spaním na břicho, celkově těsné oblečení, nošení popruhů batohu nebo kabelky přes prsy, špatně zvolená velikost nástavce odsávačky nebo kojících kloboučků a tak dále...Další z příčin může být dehydratace, žena by proto měla zvýšit příjem tekutin a omezit příjem kofeinu. Pro odstranění blokace mlékovodu je velice důležité z postiženého prsu dále kojít a čím více tím lépe. Průtok mléka zablokovanou částí prsu pomáhá předcházet přechodu tohoto problému v mastitidu. Je vhodné u kojení střídat polohy, nejefektivnější jsou ty polohy, při kterých spodní čelist dítěte směřuje k bolestivému místu, tím se totiž na ucpáný mlékovod vyvine mnohem silnější sání a je pravděpodobné, že ho dítě samo sáním uvolní. Pro uvolnění je taktéž doporučováno přikládat teplé obklady, nahřívát prs před kojením ve sprše a provádět jemnou masáž krouživými pohyby postižené oblasti, nejprve nad ní, a poté směrem k bradavce. Může se

stát, že si žena všimne malého bílého puchýřku na bradavce. Jde o takzvaný mléčný puchýřek, ve kterém je shromážděné zahuštěné mléko, pokud je pro ženu hodně bolestivý, může ho vydesinfikovanou jehlou propíchnout a nechat mléko odtéct, popřípadě mléko ručně odstříkat. Při ucpaní mlékovodu není přítomna bakteriální infekce, není proto nutná léčba antibiotiky (Behinová, 2012, s.169 : Gaskinová, 2011, s.143-145).

5.1.4 Zánět prsu

Zánět prsu neboli mastitida je horečnaté, bakteriální unemocnění, způsobené z 90% bakterií *Staphylococcus aureus*. Většinou vzniká v druhém až třetím týdnu po porodu. Nejprve postihuje větší vývody a pak dochází k šíření k periferním částem mléčné žlázy. Častěji dochází k zánětu u žen s poškozenými bradavkami, s oslabenou imunitou, s velmi nalitymi prsy, které blokují spouštěcí reflex, při neřešeném ucpaní mlékovodu nebo při velkém stresu a únavě. V některých rodinách se vyskytuje predispozice pro vznik mastitidy. Zánět prsu se projevuje vysokou horečkou spolu s zimnicí, zarudnutím, horkostí a bolestivostí prsu. Často jsou příznaky podobné jako u ucpaní mlékovodu. Mezi specifické příznaky patří otok postiženého prsu nebo červené pruhy. Hned když se tyto příznaky objeví, mělo by na ně být reagováno. Čím dříve se na zánět prsu reaguje, tím lépe. Velice důležité je, zajistit si klid a pomoc s domácností, aby žena mohla být co nevíce v klidu a odpočívat. Dále jemné masírování a zahřívání nejbolestivější části prsu poskytuje úlevu, stejně jako u ucpaní mlékovodu. Léčba mastitidy je možná buď pomocí fytotherapie - bylinek nebo farmakologicky. Žena by každopádně měla kontaktovat komunitní porodní asistentku, laktační poradkyni nebo lékaře. Z léčby pomocí léčivých bylin je doporučováno vypití tinktury z echinacey smíchané se sklenicí vody v dávkování šestkrát čtyřicet kapek každý den. Je ale důležité začít s přírodní léčbou hned při projevení prvních příznaků. Gaskinová také doporučuje přikládat přímo na prs obklad z petržele nebo kostivalu. Farmakologickou možností léčby je podání antibiotik, nejčastěji penicilinové řady. Nápomocné při léčbě mastitidy je nepřestat z postiženého prsu kojit, ač to pro matku pravděpodobně bude bolestivé. Dodržení postupu přiložení dítěte v poloze, kdy brada směřuje k nejtvrděmu místu je nápomocno rychlejšímu vyléčení zánětu prsu. Mléko je v případě mastitidy pro dítě nezávadné, i když by obsahovalo příměs krve (Mačák, 2012, s.280 : Gaskinová, 2011, s.146-148).

5.1.5 Infekce kvasinkou (moučnivka)

Kvasinková infekce je někde na pomezí problémů u matky a problémů u dítěte. Ač se prvotně je zdrojem kvasinek žena, k projevům této infekce může dojít u obou.

Největší zákeřností kvasinkové infekce jsou časté recidivy, způsobené „předáváním“ kvasinek mezi matkou a dítětem, popřípadě i mezi partnerem a matkou. Vzniká přemnožením kvasinky *Candidi albicans* a může se rozvinout kdykoliv během laktace. Nejčastěji se, ale objevuje do 2 měsíců věku dítěte. K propuknutí kvasinkové infekce často dojde po užívání antibiotik, která jak je známo narušují přirozenou mikroflóru organismu. Častěji se také vyskytuje u žen trpících diabetem nebo užívající léčbu kortikosteroidy. Projevuje se u matky obvykle řezavou bolestí a svěděním bradavek a bolest objevuje navzdory správné technice přisátí, výsevem bílých teček na bradavkách a charakteristickou vystřelující bolestí při kojení, která se posouvá mezi hrudníkem a bradavkami. Ukazatelem toho, že se jedná o kvasinku je mimo jiné i to, že se objevuje bolest navzdory nepřítomnosti známek doprovázející běžnou bolestivost bradavek, například puchýřky, zrudnutí nebo deformace prsních bradavek. Může se také vyskytnout souběžně probíhající vaginální kvasinková infekce u ženy, kterou způsobuje taktéž *Candida albicans*. U dítěte se moučnivka neboli soor projevuje bílým povlakem a skvrnkami v ústech, na vnitřní straně tváří a na jazyku. Tento povlak lze setřít a po setření zůstane citlivá a bolestivá skvrna. Děti často při infekci moučnivkou vydávají u kojení mlaskavé zvuky, pouští prs bez zjevné příčiny i přes správné přisátí. Souvislost má také vystouplá vyrážka na zadečku dítěte, protože po onemocnění kvasinkou se vyskytuje v celém organismu. Důležité je, léčit vždy matku a dítě společně, veškerá onemocnění způsobená kvasinkou velice ráda recidivují, právě kvůli vzájemnému a opakovanému předávání předávání infekce.

K léčbě dítěte i matky by mělo dojít i když má příznaky pouze jeden z nich. Terapie moučnivky by měla nejdříve probíhat přírodní cestou. Gaskinová uvádí jako jednu z prvních možností doma připravený roztok z převařené vody smíchané s lžící jedlé sody. Tímto roztokem je vhodné potírat například vatovou štětičkou ústní dutinu dítěte i bradavky, popřípadě ho lze použít i na ruce dítěte – i cucáním rukou může dojít k recidivě. Dále je doporučováno použití genciánové violeti v jednoprocenním ředění opět jak na potření bradavek, tak úst dítěte, nanést do úst lze také tak, že si žena hojně potřeba bradavky před kojením. Antimykotický účinek má také měsíček lékařský, proto lze použít mast s příměsí měsíčku lékařského použít na ošetření bradavek. Podpůrnou léčbou může být též užívání probiotik a prebiotik, výtažku z grapefruitových semínek nebo zvýšení příjmu zakysaných mléčných výrobků s živou kulturou. Další možností je léčba homeopatiky. Boiron (2016) doporučuje podávání homeopatik *Borax 5 CH*, *Medorrhium 15 CH* v případě přítomnosti vyrážky v plenkové oblasti a *Monilia albians* v potenci

první týden 5CH, druhý týden 9CH a třetí týden 11CH. Pokud tyto metody nedokážou problémy odstranit, měla by žena vyhledat lékaře, který ji předepíše antimykotiku. Při léčbě sooru není důvod přestávat s kojením, pouze je důležité dodržovat dostatečnou hygienu a hojně oplachovat bradavky vodou. Žena by si měla denně brát čistou podprsenku a často měnit vložky do podprsenky, pokud by byly vložky do podprsenky vlhké, docházelo by k rychlejšímu množení kvasinek (Boiron, 2016, s.14-16 : Gaskinová, 2011, s.140-143 : Gregora, 2016, s.76).

5.2 Nejčastější problémy na straně dítěte

Narozdíl od problémů při kojení u matky, jsou problémy na straně dítěte až na pár výjimek, poměrně subjektivní záležitost, spousta z nich není problémem v pravém slova smyslu, ale pouze přitížením na cestě k úspěšnému kojení. Občas stačí upravit pouze techniku kojení a problém zmizí bez nějaké cílené léčby nebo zásahu lékaře. Zkušená porodní asistentka nebo laktační poradkyně dokáže vyřešit velké množství problémů s kojením.

5.2.1 Preference jednoho prsu

Žádná žena nemá oba prsy naprosto identické. Rozdíly se vyskytují vždy, pouze v rozdílné míře. U některé ženy je rozdíl pouze ve tvaru a velikosti prsů, ale u většiny se vyskytuje i anatomická rozdílnost ve tvaru a velikosti bradavek. Může se snadno stát, že žena má jednu bradavku plošší než bradavku na druhém prsu, popřípadě může být i jedna bradavka dokonce vpáčená. Rozdíl může být i v množství vývodných kanálků nebo síle spouštěcího reflexu, je tedy velice pravděpodobné že dítě bude jeden prs preferovat, jednoduše proto, že se mu z levého či pravého lépe saje nebo mléko více a jednodušeji teče. Pokud podstata preference jednoho prsu plyne pouze z „neoblíbenosti“ jednoho prsu, je doporučováno začít kojení z prsu, které dítě preferuje a po určité době přesunout dítě k prsu druhého. Ideálním způsobem přesunutí dítěte na neoblíbenou stranu je co nejméně měnit jeho dosavadní polohu. Například pokud matka kojí z pravého prsu, který dítě preferuje, tím způsobem, že dítě drží v náručí, je vhodné přesunout kojené dítě k levému prsu tak, že žena změní polohu při kojení na takzvanou fotbalovou neboli přiloží dítě z boku z levé strany. Tímto způsobem by se měla preference odbourat. Dítě může odmítat jedním prsem i z jiných důvodů, než je jenom „oblíbenost“. Pokud matka pozoruje, že je nějaká konkrétní poloha nepříjemná až bolestivá, je důležité přemýšlet i nad faktorem zdravotního problému pro dítěte. Mezi tyto zdravotní příčiny patří například ucpaný nos

– například otok nosní sliznice po porodu, infekce ucha a středouší, různé druhy hernií, ale i zlomenina klíční kosti po porodu, vrozené vývojové vady a tak dále. Dalším možným důvodem je predilekce jedné strany obecně. Predilekce vzniká zafixováním polohy v děloze, kdy dítě po porodu preferuje pouze jednu strany, což při neřešení může způsobit zkrácení svalů na krku. Odmítání jednoho prsu může být též způsobeno stavem po vyléčené mastitidě, je uváděno že mléko z prsu, ve kterém proběhl zánět je slanější. Další kategorií kojení z jednoho prsu, nezpůsobené přímo odmítáním prsu dítětem, jsou operační zákroky v oblasti prsů, například jednostranná mastektomie a tak dále. To že matka může kojit pouze z jednoho prsu neznámá, že by dítě vlastním mlékem nemohla uživit. Odmítaný prs se začne se snižující se laktací zmenšovat a prs druhý naopak zvýší tvorbu mléka. Je možné, že se u dítěte sajícího pouze z jednoho prsu dočasně zvýší frekvence kojení (Schneidrová, 2006, s. 19-20)

5.2.2 Nepřisávající se dítě

Některé děti, zvláště v průběhu prvních dnů po porodu odmítají prs, lépe řečeno, nechtějí se přisát. Většinou toto období odezní a dítě se začne přisávat hezky, ale pro matku může být to, že se její dítě nepřisává nebo přisává velmi obtížně poněkud frustrující. Obtížné přisávání dítěte k prsu může mít více příčin. Tento problém může mít příčinu vzniku už těsně po porodu. Pokud dítě nebylo bezprostředně po porodu v nerušeném kontaktu s matkou a nedostalo možnost se přisát v průběhu jedné až dvou hodin po porodu, může se tato separace projevit právě na chování dítěte u prsu tak, že dítě prs odmítá a projevuje se tak, že to vypadá jako kdyby „*si nevědělo rady*“. Stejně tak může v novorozenci zanechat nepříjemné pocity situace, kdy po porodu bylo nutné odsát dýchací cesty nebo intubovat. Reakcí na tento zásah hned po příchodu na svět může být snaha dítěte, nevrátit pozornost od části těla, kterou si s touto nepříjemností spojuje – čili oblast rtů, úst a krku. Pokud k obtížnému přisávání došlo z důvodů výše uvedených, měla by se matka snažit novorozenci pomoci spojit si oblast úst s libými pocity, například vymáčknutím pár kapek mleziva a dát je dítěti na rty nebo na jazyk. Je důležité novorozence nijak nestresovat, nedělat rychlé pohyby a rozhodně nespěchat a nenaléhat. Protože v tomto procesu jde hlavně o upevnění vazby matka-dítě a zpříjemnění času kdy je dítě u prsu, měla by žena být co nejvíce uvolněná, v dobrém rozpoložení a hlavně trpělivá.

Pokud se dítě od prsu odtažuje, popřípadě začne plakat, je doporučováno ho vzít do náruče a nejprve uklidnit, než se o přiložení žena pokusí znovu. Tento základní princip

by měla žena vyzkoušet pokaždé pokud dítě prs odmítá, tedy i ve vyšším věku dítěte. Pokud k obtížnému přisávání dojde déle než v průběhu prvních dní, může být příčinou bolestivé nalití a zatuhnutí prsou, krátká uzdička jazyka nebo výrazně spavé dítě například z důvodu novorozenecké žloutenky. Dalším důvodem k nepřisávání dítěte k prsu může být změna chutí mateřského mléka. Změna chuti mléka se může projevit při nástupu menstruačního cyklu matky, nejvýrazněji první a druhý den krvácení. Chuť mateřského mléka může být ovlivněna i látkami které matka přijímá, například doplňky stravy s obsahem rybího tuku můžou mít za následek nedobrou chuť mléka. Gaskinová doporučuje, aby matka důkladně ochutnala všechny doplňky, co užívá a také aby případně ochutnala i své mléko. Dítě může negativně reagovat i na pach parfému, kosmetiky nebo pracích prostředků, které z matky cítí (Gaskinová, 2011, s.126-128 : Schneidrová, 2006, s. 61 a 23-26)

5.2.3 Krátká podjazyková uzdička

Jeden z problému u kojení na straně dítěte, který se málokdy vyřeší sám, je krátká podjazyková uzdička (*frenulum linguae breve*). Vyskytuje se u jednoho až pěti procent dětí a často se tento problém dědí. Podjazyková uzdička je vazivovitý pruh pokrytý sliznicí, který se napíná ve středu jazyka a fixuje ho ke spodině úst. Pokud je uzdička krátká, je hybnost jazyka omezena. Protože dítě nemůže vysunout jazyk dál než za spodní ret, je pro něj obtížné obkroužit jazykem bradavku a správně se přisát. Tento problém se vyskytuje v různých stupních závažnosti. Ve vážných případech má špička jazyka tvar srdce, místo zašpičatělého. Ve středně těžkých případech je uzdička volnější u špičky, ale u kořene jazyka je pevná a krátká, v tomto případě se dítě sice přisaje, ale nemůže jazykem správně obkroužit prsní dvorec a díky tomu získává neúměrně méně mléka i přes vynaloženou námahu. U nejlehčího stupně závažnosti je sice uzdička zkrácená, ale neomezuje dítě v uchopení bradavky a sání. Tento problém často způsobuje poškození a poranění bradavek, protože dítě které nedostává dostatek mléka za svojí „snahu“ začnou býti nervózní a tisknout bradavku dásněmi, čím přispívají k jejímu poškození. Dalším navázaným problémem ke krátké podjazykové uzdičce je neprospívání a nepřibírání dítěte na váze.

Pokud má žena podezření na zkrácenou uzdičku u svého dítěte, měla by si tento předpoklad nechat potvrdit od pediatra, porodní asistentky nebo laktační poradkyně. Řešením tohoto problému je přestříhnutí podjazykové uzdičky, což je krátký, minimálně bolestivý zákrok. Dítě po tomto zákroku je schopno se okamžitě kojit. Je možná i situace

kdy je uzdička krátká, ale nezpůsobuje jiné problémy při kojení, v tomto případě není nutné podjazykovou uzdičku přerušovat (Kejklíčková, 2011, s.30 : Gaskinová, 2011, s.149-151 : Schneidrová, 2006, s. 36-37).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Hlavní cíl výzkumu spočívá v analýze kojení, jeho délky trvání a faktory, které kojení ovlivňují v České republice.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Cíl číslo 1: Zjistit, zda mají ženy dostatek informací o kojení z porodnice

- Mají ženy subjektivně dostatek informací o kojení z porodnice?
- Kde ženy získávají nejvíce informací o kojení?

Čísla otázek vztahujících se k cíli: 10, 11, 12,14,15

Cíl číslo 2: Zjistit, motivaci respondentek ke kojení

- Jaká je motivace respondentek ke kojení?

Čísla otázek: 20

Cíl číslo 3: Analyzovat, zda má certifikace Baby Friendly Hospital Initiative vliv na míru informovanosti žen po porodu

- Mají ženy, které porodily v porodnice s certifikací Baby Friendly Hospital Initiative subjektivně více informací o kojení?

Čísla otázek: 6, 10,11,12

Cíl číslo 4: Zjistit, jaké důvody vedou ženy k ukončení kojení v České republice.

- Co respondentky vedlo k ukončení kojení?

Čísla otázek: 25, 26

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr sledovaného souboru byl záměrný. Byly osloveny matky dětí ve věku od jednoho roku do tří let, s jednočetným těhotenstvím a porodem v období mezi 38. a 42. týdnem těhotenství. Způsob porodu, vzdělání ani věk neměl vliv na výběr respondentek. Respondentky, byly osloveny pomocí internetového dotazníku.

8 METODIKA PRÁCE

Kvantitativní výzkum je takový výzkum, který pracuje s větším množstvím informací, které se dají vyjádřit číselnou hodnotou (Hendl, 2005). Tyto informace se dále zpracovávají a interpretují. Tuto metodu výzkumu považuji za odpovídající pro účely mého výzkumu a zvolila jsem ji proto, abych mohla pracovat s větším množstvím respondentek a jejich odpovědí.

Výzkum je proveden formou anonymního dotazníku o 26 otázkách, který obsahuje jak uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Obsahuje též prostor pro dovyjádření respondentky k tématu. Výsledky výzkumu jsou pro větší názornost převedeny do grafů a tabulek, které se vztahují v jednotlivým cílům a výzkumným otázkám.

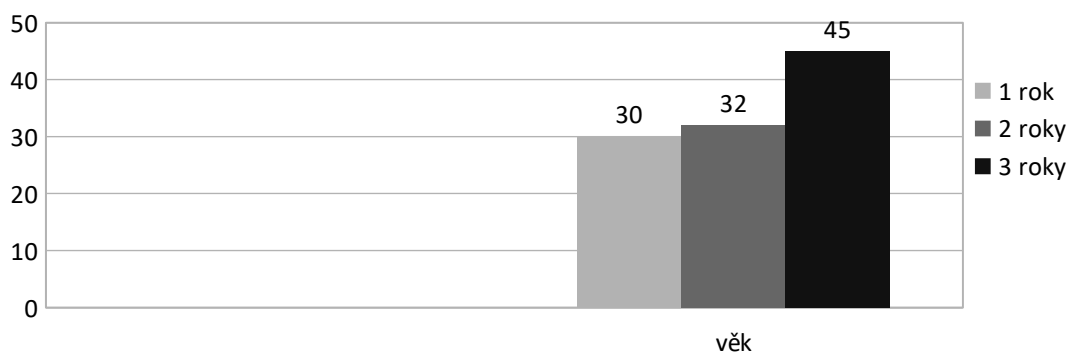
9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Pro svůj výzkum jsem osobně vytvořila dotazník o 26 otázkách z nich je 9 otázek uzavřených, 12 polouzavřených a .5 otevřených. Výběr otázek je koncipován tak, aby byl pro respondentky co nejlépe vyplnitelný a zároveň poskytl dostatek údajů ke zpracování. V začátku dotazníku se zaměřuji především na demografické údaje jako je věk dítěte, věk matky a její vzdělání a způsob porodu. V další části mě zajímala mimo jiné porodnice, kde žena porodila a z této informace jsem poté ověřila, jestli tato porodnice vlastní certifikaci Baby Friendly Hospital Initiative. Ve zbytku dotazníku se zaměřuji na různá fakta o kojení konkrétní ženy, faktory kojení ovlivňující a tak dále. Tento dotazník byl pomocí sociální sítě Facebook rozšířen mezi matky s dětmi. Relevantnosti jsem dosáhla specializací na tématické skupiny na této sociální síti. Výzkum probíhal 1 měsíc v únoru 2019. Dotazník vyplnilo 107 respondentek a vzhledem k způsobu šíření dotazníku, mohu návratnost určit jako 100%. Výsledky jsem poté zanalyzovala a převedla do přehlednější formy grafů a tabulek.

10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Uved'te prosím věk vašeho dítěte

Graf č.1: Rozdělení věku dětí respondentek

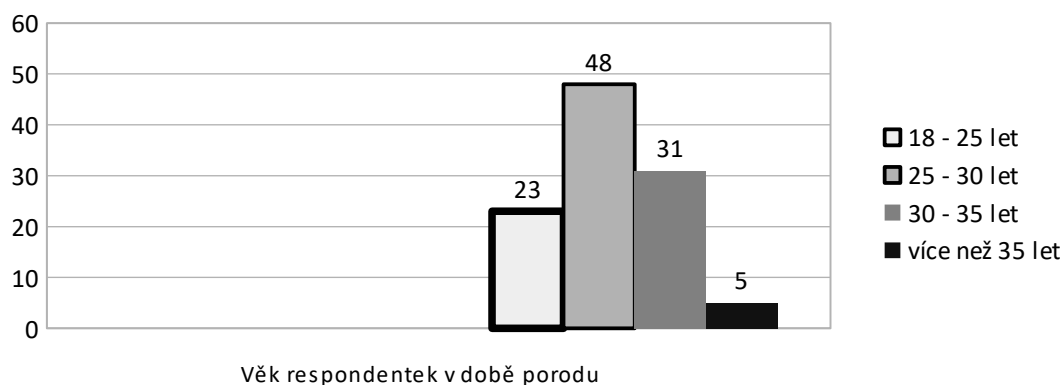


zdroj:vlastní(2019)

Graf číslo 1 znázorňuje věkové rozvržení věku dětí respondentek. Všechny 107 respondentek splňují kritérium věku dítěte mezi 1 a 3 roky. Otázka číslo jedna byla otevřená, proto jsem odpovědi rozdělila do kategorií 1 rok – takto odpovědělo 30 respondentek (to činí 28%), 2 roky – 30 respondentek (30%) a 3 roky (42%).

Otázka č. 2: Kolik Vám bylo let v době porodu?

Graf č. 2: Věk respondektek v době porodu

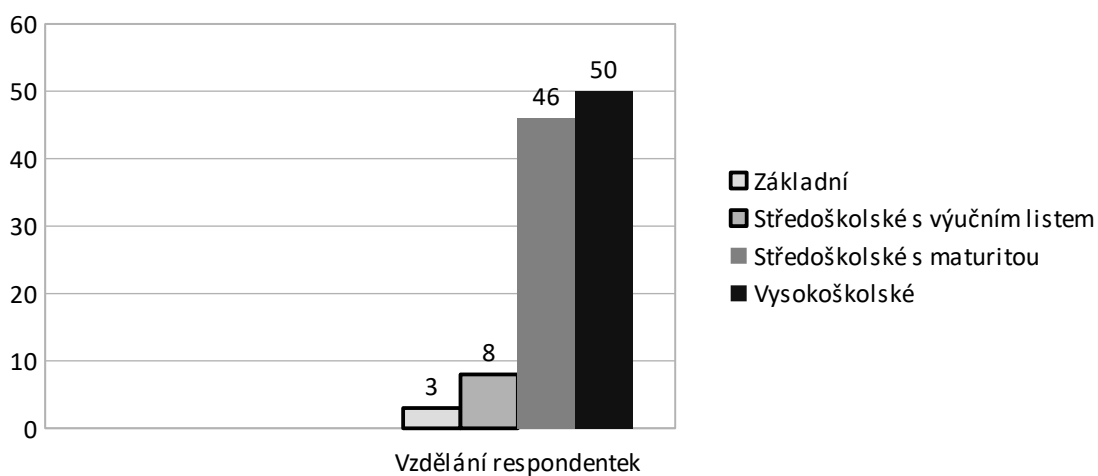


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, žádná neuvedla, že je mladší 18 let. 23 respondentek (21%) odpovědělo že jejich věk v době porodu dítěte byl mezi 18 – 25 let, 48 respondentek (45%) odpovědělo že jim v době porodu bylo 25 – 30 let, 30 – 35 let bylo 31 (29%) respondentkám a 5 respondentek (5% zaokrouhleně) uvedlo že byly v době porodu starší 35 let.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

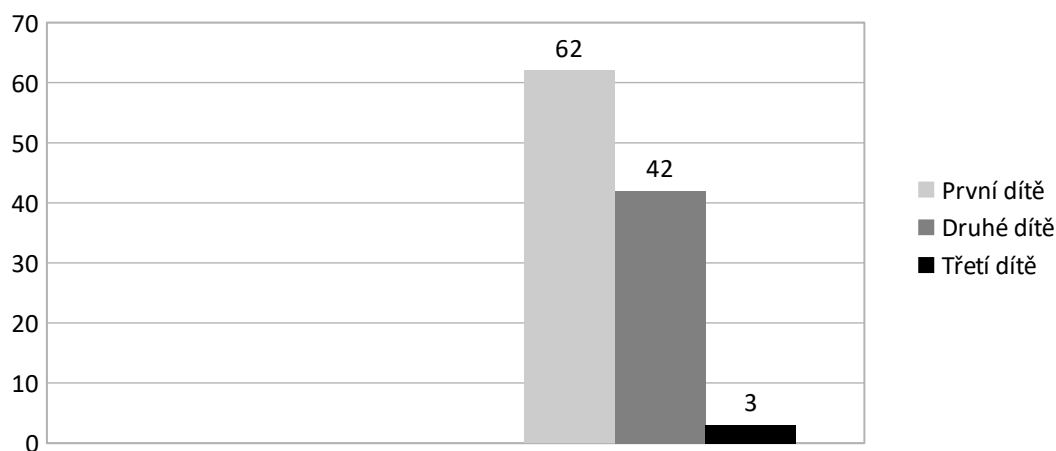


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek 3 respondentky (3% zaokr.) uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní, 8 respondentek (7% zaokr.) uvedlo vzdělání středoškolské ukočené výučním listem, 46 respondentek (43% zaokr.) uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou a 50 (47%) respondentek uvedlo že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vzdělání vysokoškolské.

Otázka č. 4: Jedná se o Vaše v pořadí..

Graf č.4: Parita:

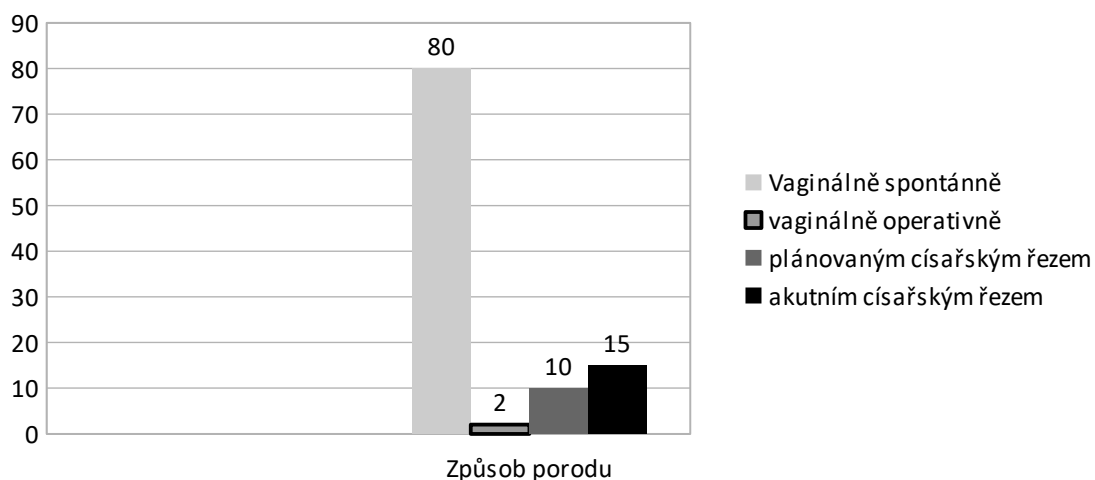


zdroj: vlastní(2019)

Z grafu číslo 4 vyplývá, že z celkového počtu 107 respondentek odpovědělo 62 (58%), že se jedná o jejich první dítě, čili rodily poprvé, 42 (39%) respondentek odpovědělo, že se jedná o jejich v pořadí 2 dítě a 3 respondentky (3% zaokr.) odpověděli, že se jedná o jejich 3 dítě v pořadí.

Otázka č. 5: Jakým způsobem jste rodila?

Graf č. 5: Způsob porodu

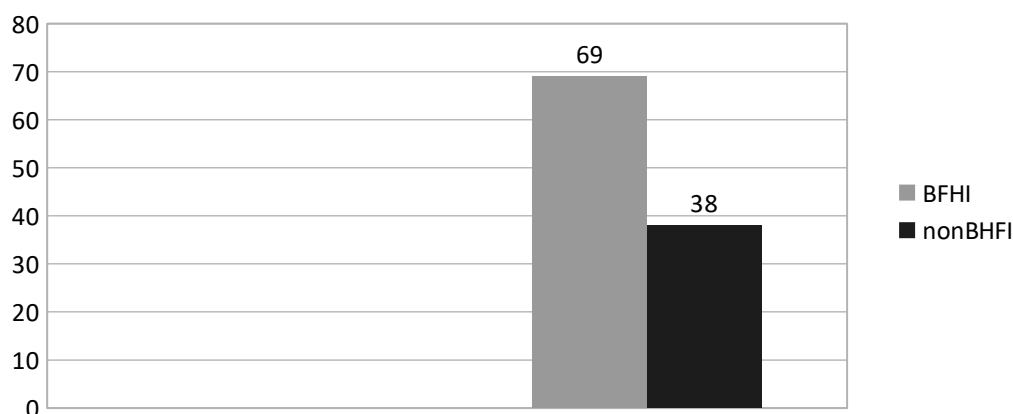


zdroj:vlastní(2019)

Ze 107 respondentek odpovědělo 80 (75%), že své dítě porodili spontánně vaginálně, 2 respondentky (2% zaokr.) uvedli že porodili vaginální operací – vacuumextrakcí nebo per forceps, 10 respondentek (9%) porodilo plánovaným císařským řezem a 15 respondentek (14%) akutním císařským řezem.

Otázka č.6: Uveďte prosím, v jaké porodnici jste porodila:

Graf č.6: Podíl porodnic Baby Friendly Hospital Initiative ku Non Baby Friendly Hospital

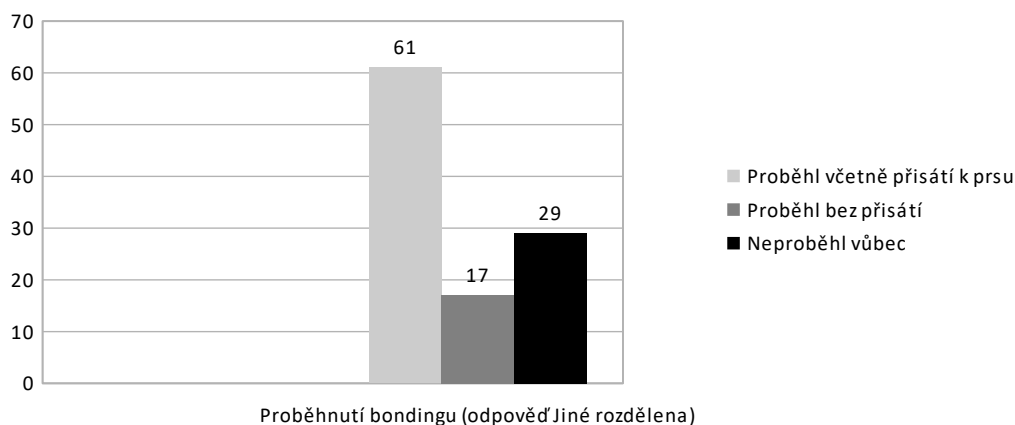


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 responzí vyplynulo že 69 respondentek (64%) porodilo své dítě v porodnici s certifikací BFHI a 38 respondentek (36%) v porodnici bez této certifikace. Celkem respondentky uvedly 47 porodnic po celé české republice, z nichž 28 vlastnilo certifikaci BFHI a 19 nikoliv. Nejčastěji se v odpovědích respondentek objevovaly porodnice FN Plzeň (celkem 6x), VFN Praha – U Apolináře (celkem 5x) a České Budějovice (celkem 4x).

Otázka č. 7: Proběhl po porodu/císařském řezu bonding kůže na kůži včetně přisátí do hodiny po porodu?

Graf č. 7: Proběhnutí bondingu a přisátí

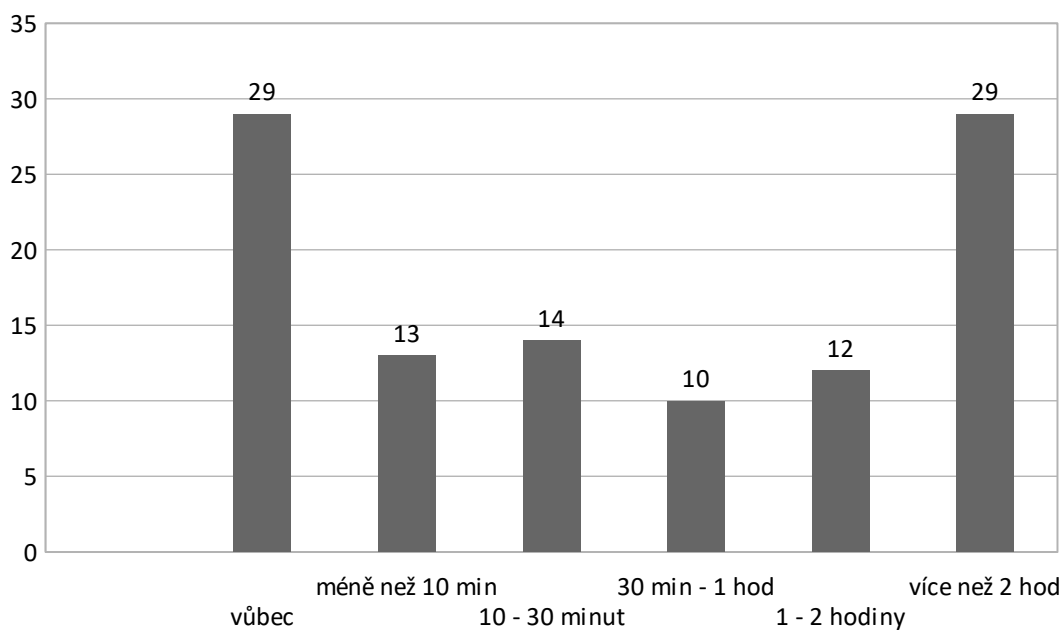


zdroj: vlastní (2019)

Z 107 respondentek 61 (57%) uvedlo, že po jejich porodu proběhl bonding včetně přisátí k prsu. 17 respondentek (16%) uvedlo, že proběhl bonding bez přisátí k prsu a u 29 respondentek (27%) neproběhl bonding po porodu vůbec.

Otázka č. 8: Pokud bonding proběhl, uveďte jak dlouho trval

Graf č. 8: Délka trvání bondingu

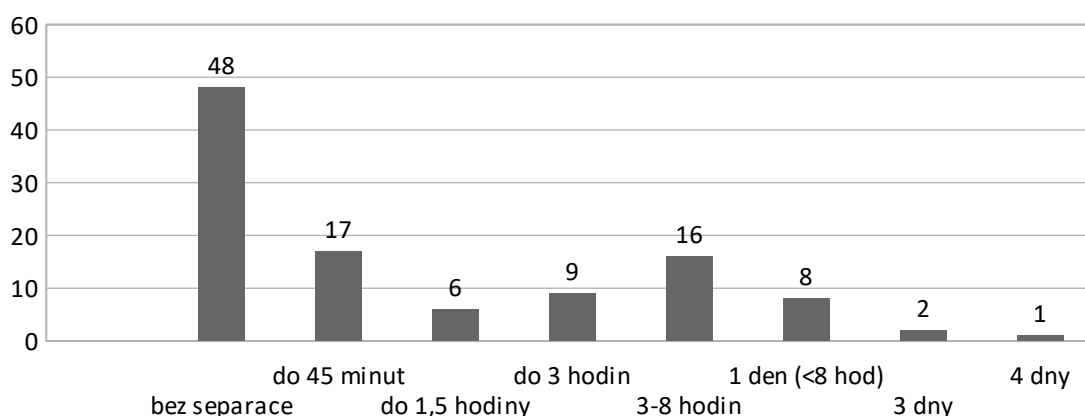


zdroj: vlastní(2019)

Na otevřenou otázku č. 8 odpovědělo z celkového počtu 107 respondentek, 13 respondentek (12%) že bonding po porodu byl kratší než 10 minut, 14 (13%) respondentek uvedlo, že délka trvání bondingu byla mezi 10 a 30 minutami, 10 respondentek (9%) uvedlo, že bonding po porodu trval 30 minut – 1 hodinu, 12 respondentek (11%) odpovědělo, že délka trvání bondingu byla v rozmezí 1 – 2 hodin a u 29 respondentek (27%) trval bonding déle než 2 hodiny, stejné množství uvedlo – viz. Graf č. 7, že bonding neproběhl vůbec. Ač z grafu č.7 vyplývá, že 57% respondentek uvedlo, že bonding proběhl včetně přísátí, tak graf č.8 ukazuje, že bonding v pravém slova smyslu – tedy trvajícím minimálně 2 hodiny, proběhl pouze u 27% respondentek.

Otázka č. 9: Došlo k oddělení Vás a dítěte po porodu (JIP, křížení dítěte, šití poranění v narkoze, lýže placenta atd.)? Pokud ano, uveďte na jak dlouho..

Graf č. 9: Separace matky a dítěte

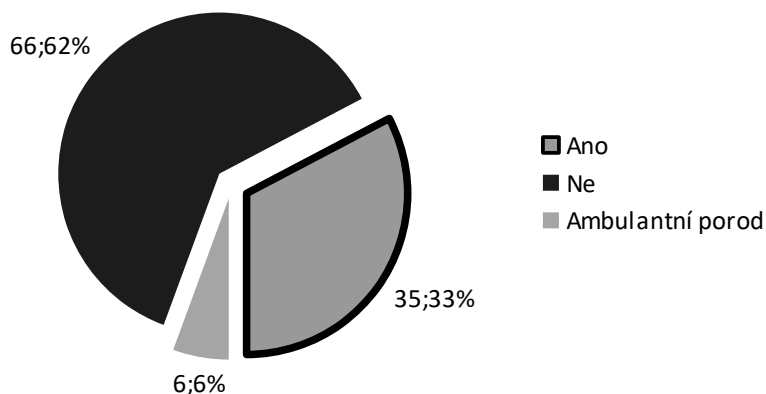


zdroj: vlastní(2019)

Ze 107 respondentek celkem 59 (55%) uvedlo že jejich dítě bylo na nějaký čas separováno. Separaci do 45 minut uvedlo 17 respondentek (16%), 6 (6% zaokr.) respondentek uvedlo že jejich dítě bylo separováno do 1 hodiny a 30 minut, 9 respondentek (8%) uvedlo že byly od svého dítěte separovány v délce do 3 hodin. 16 respondentek (15%) bylo od svého dítěte separováno na 3 až 8 hodin, 8 respondentek (7%) bylo odděleno na 1 den (> 8 hodin), 2 respondenty (2% zaokr.) na 3 dny a 1 respondentka (1% zaokr.) na 4 dny.

Otázka č.10: Cítíte, že máte dostatek informací a podporu ke kojení z oddělení šestinedělí?

Graf č.10: Informovanost a podpora ke kojení na oddělení šestinedělí

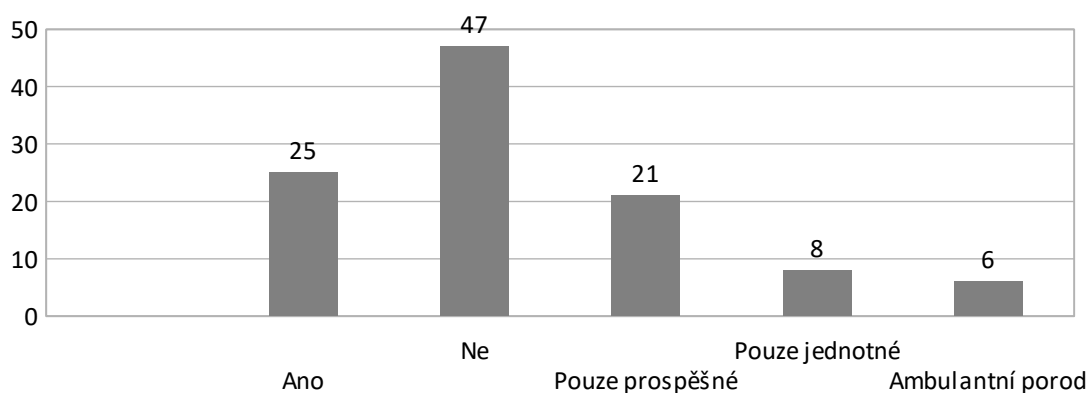


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek uvedlo 38 (33%), že mělo pocit dostatku informací a podpory ke kojení na oddělení šestinedělí, 66 (62%) respondentek uvedlo, že neměli dostatek informací a podporu ke kojení a 6 respondentek (6% zaokr.) nebylo hospitalizováno na oddělení šestinedělí

Otázka č.11: Byly pro Vás informace, které jste získala na oddělení šestinedělí prospěšné a jednotné?

Graf č.11: Jednotnost a prospěšnost informací

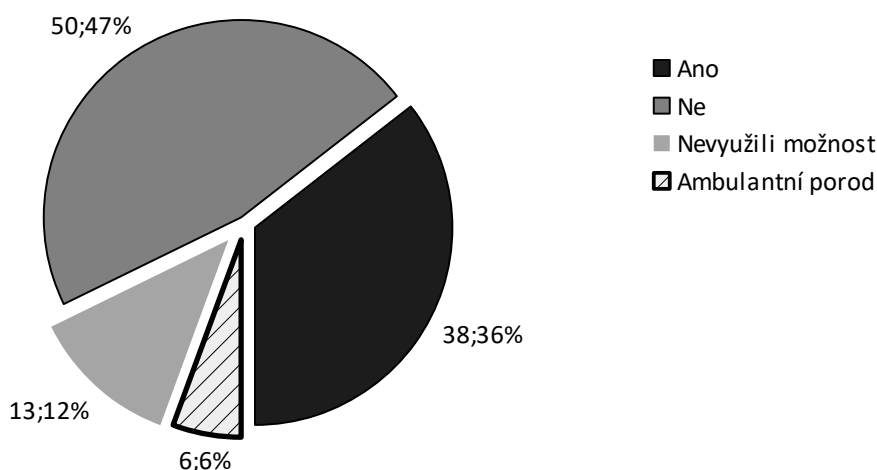


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, bez ohledu na to, jestli porodili v porodnici s certifikací BFHI odpovídalo na otázku č.11 takto. 25 respondentek (23%) uvedlo, že informace které získaly na oddělení šestinedělí pro ně byly prospěšné a jednoduché, 47 respondentek (44%) uvedlo, že informace z oddělení šestinedělí pro ně nebyly ani jednoduché ani prospěšné. 21 respondentek (20%) uvedlo, že pro mě informace byly pouze prospěšné, ale ne jednoduché, 8 (7%) respondentek uvedlo, že informace z oddělení šestinedělí pro ně nebyly prospěšné, ale byly jednoduché a 6 respondentek (6% zaokr.) nebylo hospitalizováno na oddělení šestinedělí.

Otázka č.12:Bylo Vám na odd. Šestinedělí vždy odpovězeno na Vaše otázky týkající se kojení?

Graf č.12: Zodpovězení otázek



Zdroj: vlastní(2019)

Ze 107 respondentek, 38 (36%) uvedlo, že jim na oddělení šestinedělí bylo odpovězeno na všechny otázky ohledně kojení, 50 respondentek (47%) uvedlo, že jim jejich otázky zodpovězeny nebyly, 13 respondentek (12%) uvedlo v rámci možnosti *Jiné*, že nepocítovali potřebu se ptát, že vše věděli nebo, že si informace sehnaly již dříve a 6 respondentek (6% zaokr.) nebylo hospitalizováno na oddělení šestinedělí.

Otázka č.13: Jakou jste pocítovala největší potřebu v souvislosti s kojením

Tabulka č.1: Potřeby kojících žen

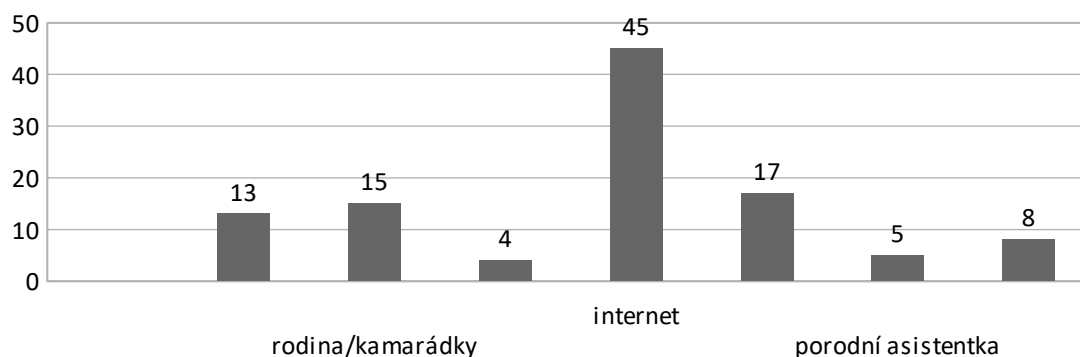
| Podpora | Soukromí | Informace | Praktická pomoc | Klid | Respekt | Důvěra v matku/dítě | Čas | Dobré jídlo |
|---------|----------|-----------|-----------------|------|---------|---------------------|-----|-------------|
| 25x | 20x | 20x | 17x | 15x | 10x | 9x | 6x | 4x |

Zdroj: vlastní(2019)

Tabulka č.1 zobrazuje odpovědi respondentek na otevřenou otázku týkající se jejich potřeb. Počet odpovědí nebyl omezen, proto součet odpovědí neodpovídá celkovému počtu respondentek (107). Odpovědi byly pojaty různě vč. Příkladů, rozdělila jsem je tedy do devíti skupin.

Otázka č. 14: Kde jste získala nejvíce informací ohledně kojení?

Graf č.13: Získávání informací ohledně kojení



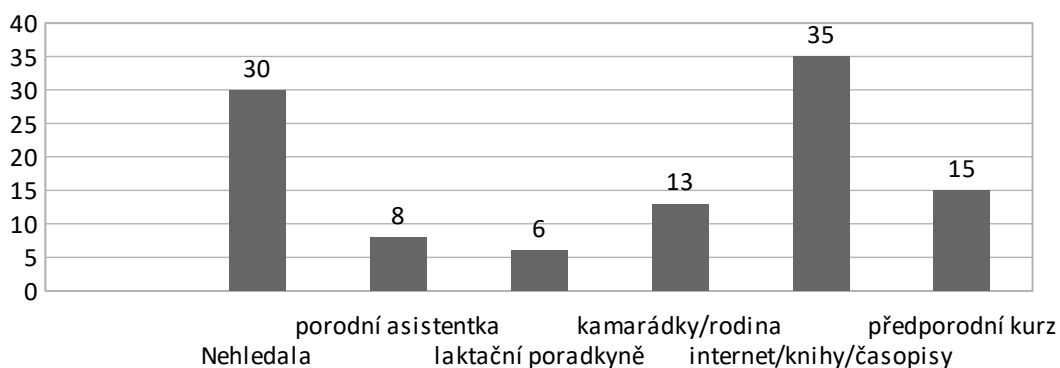
zdroj: vlastní(2019)

Ze 107 respondentek, 13 (12%) získalo nejvíce informací na oddělení šestinedělí, 15 respondentek (14%) získalo nejvíce informací o kojení od rodiny nebo kamarádek, 4 respondentky (4%) získaly nejvíce informací z knih a časopisů, 45 (42%) respondentek získalo nejvíce informací pomocí internetu (v odpovědi *Jiné* zmíněny „kontaktní skupiny na facebooku“ nebo web Mamila), 17 respondentek (16%) získalo nejvíce informací od laktační poradkyně, 5 respondentek (5% zaokr.) získalo nejvíce informací ohledně

kojení od porodní asistentky a 8 respondentek (7%) používalo vlastní zkušenost nebo instinkt (vybráno z odpovědí *Jiné*)

Otázka č.15: Hledala jste si informace již v průběhu těhotenství?

Graf č. 14: Získávání informací o kojení v průběhu těhotenství

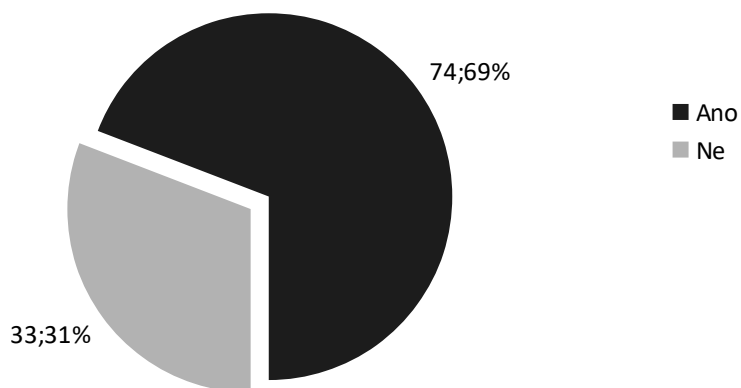


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, 30 (28%) uvedlo, že v těhotenství nehledalo informace ohledně kojení. 8 respondentek (7%) v těhotenství získávalo informace o kojení od porodní asistentky, 6 respondentek (6% zaokr.) získávalo informace v těhotenství od laktační poradkyně, 13 respondentek (12%) hledalo informace u kamarádek a rodiny, 35 respondentek (33%) čerpalo v těhotenství informace o kojení pomocí internetu, knih a časopisů a 15 repondentek (14%) získalo v těhotenství informace o kojení z předporodního kurzu.

Otázka č.16: Cítíte v období kojení nějakou krizi – těžké období, jak fyzicky, tak psychicky?

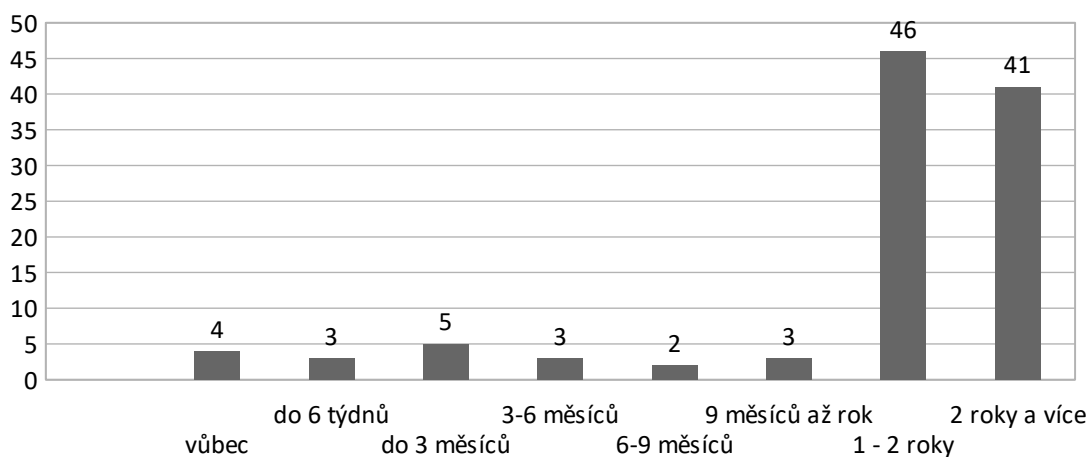
Graf č.15: Krize při kojení



Ze 107 respondentek jich 74 (69%) cítili v období kojení nějakou krizi – fyzickou nebo psychickou. 33 respondentek (31%) uvedlo, že v období kojení žádnou krizi necítily.

Otázka č.17: Do jakého věku dítěte jste kojila?

Graf č.16: Délka kojení



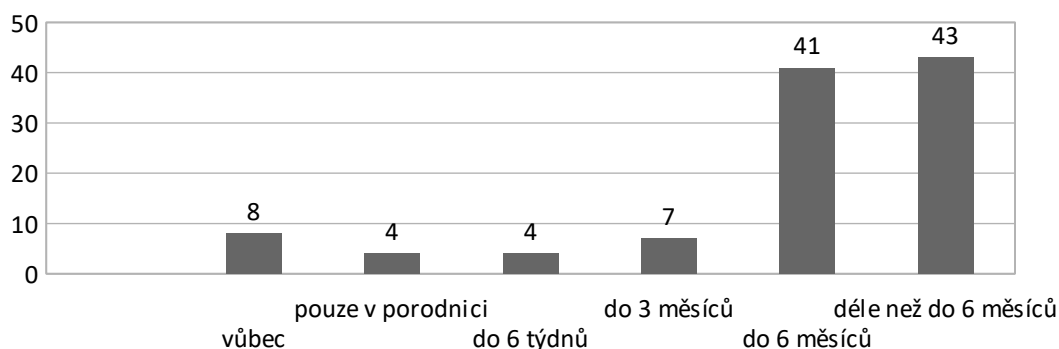
zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek uvedly 4 (4% zaokr.) že své dítě vůbec nekojily, 3 respondentky (3% zaokr.) kojily své dítě do věku 6 týdnů, 5 respondentek (5% zaokr.) přestalo kojit své dítě mezi 6 týdnem a 3 měsíci, 3 respondentky(3% zaokr.) přestaly kojit

v období 3-6 měsíců věku dítěte, 2 respondentky (2%) ukončily kojení mezi 6 a 9 měsíci, 3 respondentky (3% zaokr.) kojily své dítě 9 měsíců až rok, 46 respondentek (43%) kojilo 1 až 2 roky a 41 respondentek (38%) kojilo své dítě 2 roky a více.

Otázka č.18: Do jakého věku dítěte jste kojila výlučně? Bez čaje, příkrmu, umělé výživy atd.

Graf č.17: Délka výlučného kojení

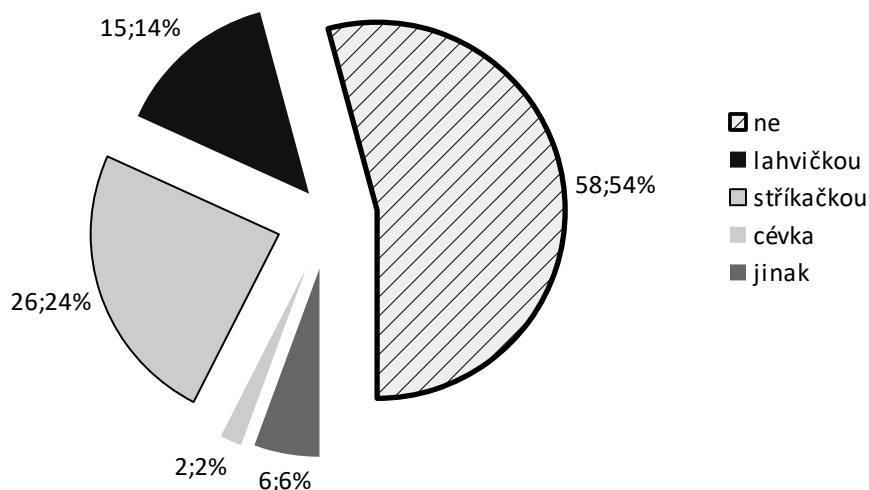


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, jich 8 (7% zaokr.) uvedlo, že své dítě výlučně, tedy bez podávání příkrmů, umělé výživy, čaje a jiných tekutin nekojily vůbec, 4 respondentky (4% zaokr.) kojily výlučně pouze v porodnici, 4 respondentky (4%) kojily výlučně v období 6 týdnů věku dítěte, 7 respondentek (7% zaokr) kojilo výlučně do 3 měsíců věku dítěte, 41 respondentek (38%) kojilo výlučně do 6 měsíců věku dítěte a 43 respondentek (40%) kojilo výlučně déle než 6 měsíců.

Otázka č.19: Bylo vaše dítě někdy dokrmeno umělou výživou?

Graf č.18: Dokrmování umělou výživou



zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, jich 58 (54%) uvedlo, že jejich dítě nikdy nebylo dokrmeno umělou výživou, 15 respondentek (14%) dokrmovalo své dítě pomocí lahvičky, 26 respondentek (24%) dokrmovalo své dítě alternativně stříkačkou, 2 respondentky (2% zaokr.) dokrmovalo své dítě alternativně pomocí cévky po prsu a 6 respondentek (6% zaokr) uvedlo že dokrmovalo jinak – například kombinací metod uvedených výše, pomocí kádinky, lžičky, dále respondentky uvedli v odpovědi *Jiné – „pouze v porodnici, pro ti mé vůli“* bez specifikace způsobu dokrmení.

Otázka č. 20: Jaká byla/je Vaše motivace ke kojení?

Tabulka č. 2: Motivace ke kojení

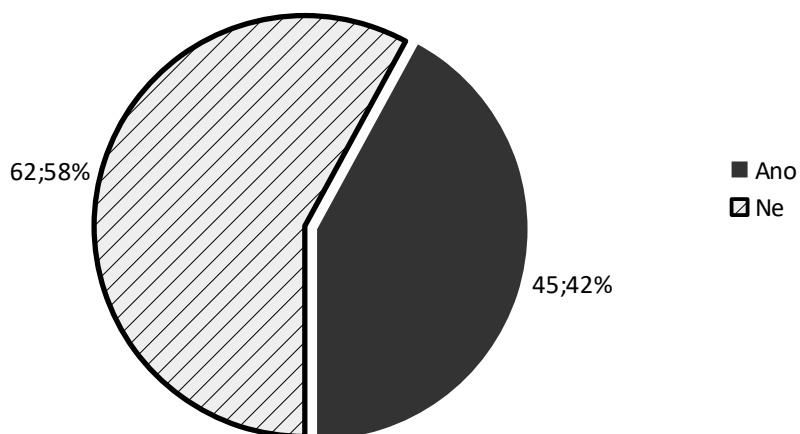
| Kojit je přirozené | Benefity pro dítě | Kontakt s dítětem | Ekonomičnost | Prevence rakoviny prsu | Nejjednodušší (z odpovědi <i>Jiné</i>) | Kojení nebylo důležité |
|--------------------|-------------------|-------------------|--------------|------------------------|---|------------------------|
| 89x | 73x | 72x | 38x | 25x | 3x | 3x |

Zdroj: vlastní(2019)

Odpovědi 107 respondentek, ohledně jejich motivace ke kojení jsem zpracovala do tabulky výše. Respondentky měly možnost zaškrtnout více odpovědí, proto je jejich počet vyšší než celkový počet respondentek.

Otázka č.21: Používáte/používala jste dudlík?

Graf č.19: Používání dudlíku

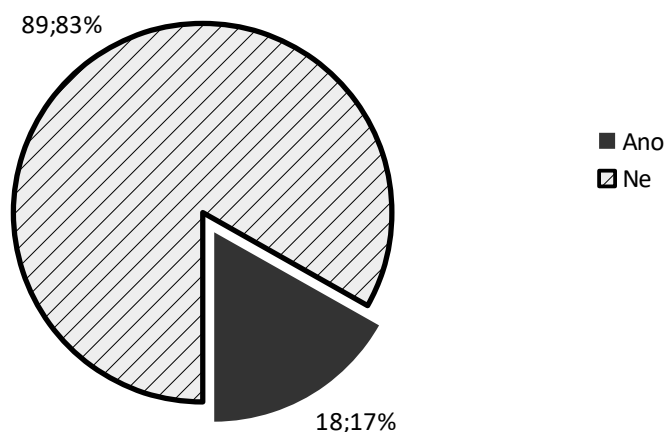


zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, jich 45 (42%) uvedlo, že používají/používaly dudlík a 62 respondentek (58%) dudlík nepoužívá/nepoužívalo.

Otázka č.22: Kojila jste/kojíte Vaše dítě s kloboučkem?

Graf č.20: Používání kloboučků



zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek, jich 18 (17%) používalo při kojení kloboučky, 89 (83%) uvedlo, že kloboučky nikdy nepoužívaly

Otázka č.23: Potkal Vás během kojení některý z těchto problémů?

Tabulka č. 3: Problémy při kojení

| Bolest bradavek | Tvrdnutí prsou | Ragády | Ucpání mlékovodu | Nepřisávající se dítě | Nedostatek mléka | Mastitida | Ne | Jiné |
|----------------------------|---------------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------|------------|-------------|
| 64x | 52x | 37x | 23x | 21x | 19x | 15x | 10x | 6x |

Zdroj: vlastní(2019)

Tabulka č.3 obrazuje, jaké problémy při kojení respondentky trápily. Respondentky měly možnost zaškrtnout větší počet odpovědí, proto je součet odpovědí vyšší, než celkový počet respondentek (107). Jako možnost *Jiné..*, byla uvedena například kvasinková infekce (3x), nedbytek mléka (1x), „rozkousání bradavek“ (1x) a spavé dítě (1x)

Otázka č.24: Pokud jste měla nějaký problém při kojení, jak jste ho řešila?

Tabulka č.4: Řešení problémů s kojením

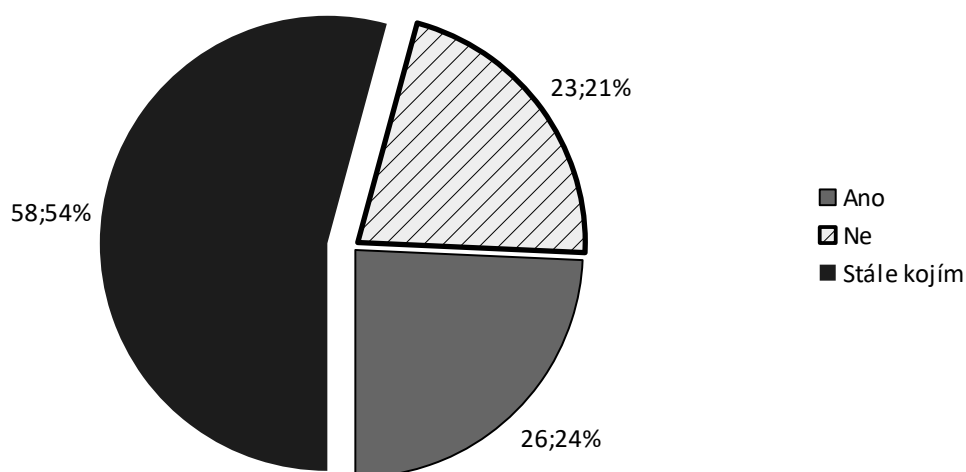
| Přírodní metody | S laktační poradkyní | Neřešila, sám zmizel | S lékařem | Ukončením kojení | S porodní asistentkou |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 75x | 25x | 17x | 6x | 6x | 4x |

Zdroj: vlastní(2019)

Tabulka č.č obrazuje, jak respondentky řešily vzniklé problémy při kojení. Respondentky měly možnost zaškrtnout větší počet odpovědí, proto je součet odpovědí vyšší, než celkový počet respondentek (107)

Otázka č.25: Ukončila jste kojení z vlastního rozhodnutí?

Graf č.21: Vlastní rozhodnutí o konci kojení

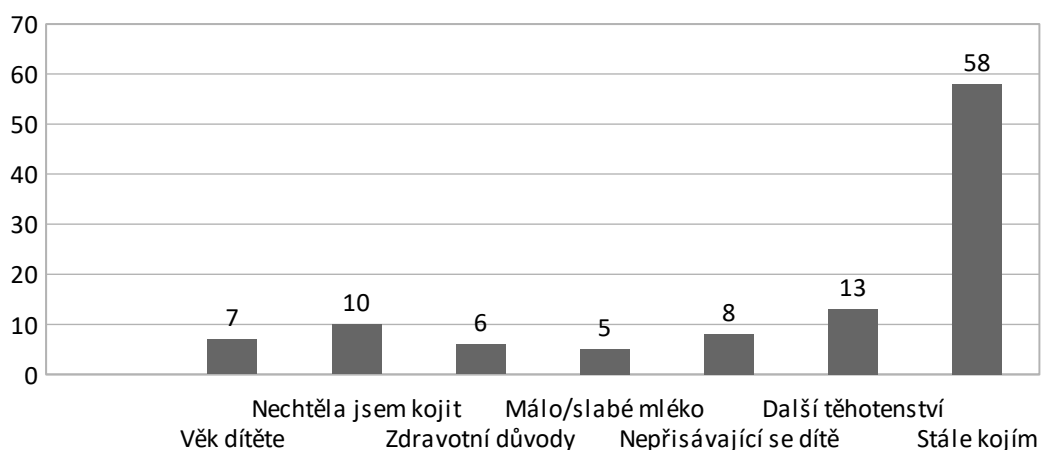


zdroj: vlastní(2019)

Ze 107 respondentek uvedlo 58 (54%), že v době vyplňování dotazníku své dítě stále kojí, 26 respondentek (24%) ukončilo kojení z vlastního rozhodnutí a 23 respondentek (21%) ukončili kojení, ikdyž samy nechtěly. Celkem tedy ukončilo kojení 49 respondentek a z tohoto počtu, 49% (23) bez vlastního rozhodnutí.

Otázkač. 26: Co Vás vedlo k ukončení kojení?

Graf č.22: Důvody ukončení kojení



zdroj: vlastní(2019)

Z celkového počtu 107 respondentek uvedlo 58 (54%), že v době provádění výzkumu stále kojí, 7 respondentek (6,5%) uvedlo jako důvod ukončení kojení věk dítěte, 10 respondentek (9%) přestalo kojit, protože už nechtělo v kojení pokračovat, 6 respondentek (6% zaokr.) přestalo kojit ze zdravotních důvodů, 5 respondentek (5% zaokr.) ukončilo kojení, protože mělo málo mléka (popř. Slabé mléko), 8 respondentek (7,5%) přestalo kojit, protože se jejich dítě nepřisávalo a 13 respondentek (12%) uvedlo v kategorii *Jiné..*, že ukončili kojení z důvodu dalšího těhotenství – nejčastěji, že se dítě samo odstavilo v začátku těhotenství nebo že měly v začátku dalšího těhotenství citlivé bradavky.

11 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

Dílčí cíl č.1: Zjistit, zda mají ženy dostatek informací o kojení z porodnice

K dílčímu cíli číslo 1 se vztahovaly dvě výzkumné otázky: **1. Mají ženy subjektivně dostatek informací o kojení z porodnice?** a **2. Kde ženy získávají nejvíce informací o kojení?** K 1. výzkumné otázce se vztahovaly otázky z dotazníku číslo 10, 11 a 12, pomocí kterých, jsem zjišťovala subjektivní pocity respondentek a jejich spokojenost s informacemi na oddělení šestinedělí.

Na otázku číslo 10, ve které jsem se ptala, jestli respondentky cítily, že mají z oddělení šestinedělí dostatek informací o kojení a zároveň podporu ke kojení, odpovědělo 62% žen, že jim dostatek informací a podpora ke kojení nebyla subjektivně poskytnuta. Na otázku číslo 11, která je zaměřená na prospěšnost a jednotnost informací, jaké ženy dostávají na oddělení šestinedělí, odpovídaly respondentky takto: pro 44% nebyly informace z oddělení šestinedělí ani jednotné ani prospěšné, oproti tomu když sečteme pozitivní hodnoty z grafu č.11, zjistíme, že pro 50% respondentek byly informace z oddělení šestinedělí buď prospěšné, nebo jednotné. Z odpovědí na otázku číslo 12, která zjišťuje fakt, jestli bylo respondentkám na oddělení šestinedělí odpovězeno na všechny otázky, které v souvislosti s kojením měly je zřejmé, že 47% žen nebylo na jejich otázky zodpovězeno.

K 2. výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 14 a 15. Z odpovědí na tyto dvě otázky bylo zjištěno, že jako primární zdroj informací a znalosti o kojení, složily informace z oddělení šestinedělí pouze 12% respondentek, oproti tomu nejvíce žen získávalo informace pomocí internetu - až 42% v šestinedělí a 33% již v těhotenství.

Ze získaných dat mohu tedy říct, že více než polovina žen, subjektivně nemá v porodnici dostatek informací a podporu ke kojení a 47% žen nebylo odpovědělo na jejich otázky ohledně kojení. Dalším faktem který jsem zjistila je, že respondentky nejvíce informací získávají informace na internetu až 42%, oproti 5% a 7%, které získávají informace od porodní asistentky.

Dílčí cíl č.2: Zjistit, jaká je motivace respondentek ke kojení

K dílčímu cíli číslo 2 se vztahovala jedna výzkumná otázka: **Jaká je motivace respondentek ke kojení?** k této výzkumné otázce se vztahovala otázka č. 20.

V otázce číslo 20 mě zajímalo, jaká byla motivace respondentek ke kojení. Z možností uvedených v tabulce číslo 2 mohly respondentky vybrat více odpovědí. Nejčastěji respondentky vybíraly odpověď - *Kojit je přirozené* a to v zastoupení 83% a dvě druhé nejčastěji zvolené odpovědi byly: *Benefity pro dítě* zastoupeny 68% a *Kontakt s dítětem* s 67%, oproti tomu pouze pro 3% nebylo kojení důležité.

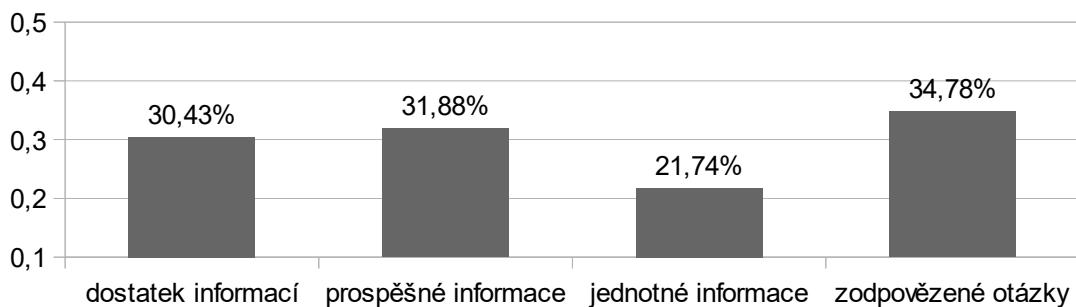
Dílčí cíl č.3: Analyzovat, zda má certifikace Baby Friendly Hospital Initiative vliv na míru informovanosti žen po porodu

K 3. dílčímu cíli se vztahuje jedna výzkumná otázka: **Mají ženy, které porodily v porodnici s certifikací Baby Friendly Hospital Initiative subjektivně více informací o kojení?**. K zjištění informací k tomuto cíli sloužily otázky č. 6, 10, 11 a 12

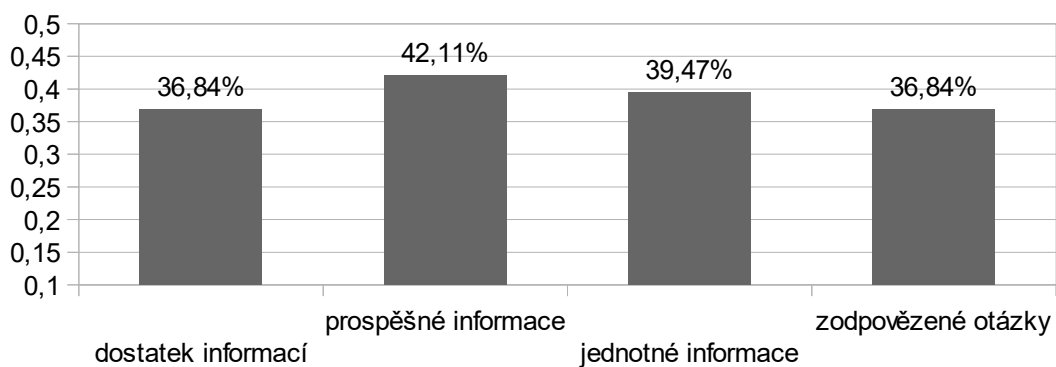
Otázka číslo 6 sloužila k rozdělení respondentek do 2 skupin. Ptala jsem se na název porodnice, kde ženy porodili své dítě. Zjistila jsem, že 64% respondentek porodilo v porodnici s certifikací BFHI. Odpovědi na otázku číslo 6 jsem využila k hodnocení dalších otázek vztahujících se k cíli č.4. V otázce č. 10 mne zajímalo, zda měly ženy dostatek informací a podporu ke kojení. Odpovědi respondentek mluví lehce ve prospěch porodnic bez certifikace BFHI - 37% žen rodičích v porodnici bez certifikace BFHI měly dostatek informací a podpory ohledně kojení oproti 30% žen rodičích v porodnici s certifikací BFHI. Otázka č.11 byla položena tak, abych zjistila, jestli jsou informace z oddělení šestinedělí pro ženy prospěšné a jednotné. Jako prospěšné hodnotilo informace 32% respondentek rodičích v porodnici s certifikací BFHI a 42% respondentek rodičích v porodnici bez certifikace BFHI. V kategorii "jednotné informace" jsou rozdíly o něco větší. Pro 21% žen rodičích v nemocnici s certifikací BFHI byly informace, které dostaly nejednotné. Respondentky rodičí v porodnici bez certifikace hodnotily informace z oddělení šestinedělí jako jednotné v 39 % odpovědí. Otázkou číslo 12, jsem se ptala

respondentek, jestli jim byly na oddělení šestinedělí zodpovězeny všechny otázky ohledně kojení. V případě této otázky nejsou rozdíly tolik markantní: 35% v BFHI porodnicích ku 37% v nemocnicích bez certifikace BFHI. K vyhodnocení jsem použila metodu sečtení odpovědí podle jednotlivých kategorií. Pro přehlednost přikládám dva souhrnné grafy.

Graf č.23: Informovanost žen rodičích v BFHI



Graf č.24: Informovanost žen rodičích v nonBFHI



zdroj: vlastní (2019)

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, jaké důvody vedou ženy k ukončení kojení v České republice

K dílčímu cíli číslo 4 se vztahuje jedna výzkumná otázka: **Co respondentky vedlo k ukončení kojení?** K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 25 a 26 z dotazníku.

V otázce č. 25 mne zajímalo, jestli respondentky ukončily kojení z vlastního rozhodnutí. Z odpovědí respondentek v dotazníku vyplynulo, že z počtu žen které kojení ukončily, ho 49% ukončilo aniž by se pro to sami rozhodly. Protože z celkového počtu respondentek uvedlo 54% respondentek odpověď, že stále své dítě kojí, je proto výsledek vypočítán z menšího počtu responzí. Otázkou č. 26 jsem zjišťovala důvody, pro které ženy kojení ukončily. 24% žen, které kojení ukončily, přestalo kojit z důvodu dalšího těhotenství a stejné procento žen přestalo kojit z důvodů které bych zařadila do kategorie "Řešitelné problémy" a to : "Málo mléka/slabé mléko" a "Nepřisávající se dítě". Další odpovědi byly procentuelně podobné. Je zajímavé, že z otázky č. 24 kde jsem se zaměřila na řešení problémů u kojení, odpovědělo pouze 6 respondentek, že problémy při kojení vyřešilo to ukončením kojení. Z výsledků otázky č. 26 to ale není úplně zřejmé.

DISKUZE

Ve svojí bakalářské práci se zabývám analýzou informací vztahujících se ke kojení v České republice. Myslím si, že ženy v dnešní době nejsou dostatečně a kvalitně edukovány v oblasti kojení z porodnice a informace si hledají především samy. Zvláště u prvorodiček je dle mého názoru důležitý odpovědný přístup zdravotníků, kteří o ženu pečují. V empirické části jsem si určila jako hlavní cíl, analyzovat kojení a jeho délku v České republice. Dílčí cíle jsem si stanovila čtyři, dva z nich se zaměřují na informovanost žen o kojení a další cíle zjišťují motivaci žen ke kojení a také důvody proč ženy v České republice ukončují kojení. Výzkum probíhal kvantitativní formou pomocí dotazníku. Celkem jsem zpracovala 107 dotazníků.

První dílčí cíl se skládal z dvou výzkumných otázek. Tento cíl měl objasnit zda jsou ženy subjektivně dostatečně informované o kojení z porodnice a také kde získávají nejvíce informací. Z výzkumu vyplynulo, že **subjektivně nemá dostatek informací a podporu ke kojení z oddělení šestinedělí 62% respondentek**, čili více než polovina, toto tvrzení se mi potvrdilo i ohledně prospěšnosti a jednotnosti informací, které ženy dostávají na oddělení šestinedělí. Prospěšné a jednotné informace má pouze jedna čtvrtina (25%) žen. Podobné výsledky uvádí ve své práci také Vaněčková (2012), které se potvrdilo, že 45% jejích respondentek mělo prokazatelně nedostatky ve správné poloze, technice kojení a přísátí v ranném šestinedělí během hospitalizace. Ač byl výzkum kolegyně Vaněčkové koncipován jako kvalitativní s menším vzorkem respondentek a byl proveden pouze v jedné porodnici, myslím že tyto výsledky jsou srovnatelné a vyplývá z nich, že péče na oddělení šestinedělí má prostor pro zlepšování v této oblasti. Dále vyplývá z mého výzkumu že 47% žen nebylo odpovězeno na jejich otázky týkající se kojení. Myslím si, že tohle je právě ten údaj, který zobrazuje výsledek míry informovanosti o kojení. Pokud se žena sama aktivně zajímá a ptá se, nemělo by se stát, že tyto informace nedostane. Jestliže necelá polovina žen uvede, že jí nebylo odpovězeno na otázky, nemůžu říci, že mají ženy dostatek informací z oddělení šestinedělí. Kde tedy ženy informace získávají? Z mého výzkumu vyplývá, že 42% žen hledá informace na internetu oproti 12%, které získaly nejvíce informací na oddělení šestinedělí. V bakalářské práci Reiterové (2014) je uvedeno, že informace na internetu hledalo taktéž 42% žen a 32% žen získávalo informace pomocí tištěných publikací (knihy, brožury a časopisy), v mojí práci respondentky uvedly knihy/časopisy ve 4%. Je pravděpodobné, že je rozdílný výsledek způsoben pravděpodobně tím, že výzkum kolegyně Reiterové byl

prováděn pouze ve Fakultní nemocnici Motol, kde měly respondentky přístup k brožůře na oddělení šestinedělí. Za podstatné považuji také zjištění že pouze 4% žen získalo informace od porodní asistentky, oproti 16% žen, které získaly informace od laktační poradkyně. Jedná se o čtyřnásobně lepší výsledek pro laktační poradkyně. Laktační poradkyně není vázané povolání jako je polování porodní asistentky, maximálně je zde možnost získání certifikátu od organizací zmíněných v první kapitole, které pořádají kurzy pro laktační poradkyně. Oproti tomu, porodní asistentka má ve svých kompetencích podle Vyhlášky 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků §5 mimo jiné kompetenci "*podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím*" (MZČR, 2014). Není mým cílem ani záměrem znevažovat laktační poradkyně, ale myslím si, že povědomí žen v České republice o práci porodní asistentky není dostatečné. Můj názor ohledně informovanosti žen o péči porodní asistentky při problémech při kojení mi ostatně potvrzuje i bakářská práce Malíškové (2014), která uvádí, že pouze 14% respondentek by si vybralo porodní asistentku na pomoc s kojením.

Druhý dílčí cíl byl zaměřen na motivaci žen ke kojení, ženy si vybíraly z všeobecně známých výhod kojení pro matku a dítě. Jako u většiny otázek jsem nechala ženám volnou ruku ve vyplnění možnosti *Jiné..*, protože si myslím, že je tak možné dosáhnout lepších výsledků. Z výsledků vyplývá že pro největší počet respondentek (83%) je motivace ke kojení, jeho přirozenost. Dotázené ženy uvádějí také jako svoji motivaci ke kojení benefity pro dítě. Bylo by zajímavé provést výzkum právě na to, co si ženy pod "Benefity pro dítě" představují. Ve výzkumu Raiterové (2014) ženy například uváděly vliv na imunitu dítěte ve 22% odpovědí. Navrhuji tedy, při provádění příštího výzkumu rozdělit tuto kategorii odpovědí. Další velice početnou skupinou respondentek bylo odpovězeno, že jejich motivace ke kojení je kontakt s dítětem. Přisuzuji tento výsledek tomu, že aktuálně dochází ke zvýšení povědomí o kontaktním rodičovství a obecně o důležitosti kontaktu mezi matkou a dítětem. Celkově výzkum ukázal, že většina žen (97%) měla motivaci ke kojení - pouze 3 respondentky uvedly, že pro ně kojení nebylo důležité. Tento výsledek dávám do souvislosti s tím, že 81% respondentek, které se výzkumu zúčastnily kojily své dítě po dobu 1 roku a déle, což považuji za velice příznivý výsledek, potvrzující názor PhDr. Evy Labusové (2008), která na svém webu uvádí, že mimo jiné správná motivace je předpoklad úspěšného kojení.

Třetí dílčí cíl měl zanalyzovat vliv certifikace BFHI na informovanost žen. K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka. Chtěla jsem zjistit, jestli ženy, které porodily v nemocnici s BFHI certifikací, mají subjektivně více informací o kojení. Bylo použito stejných kritérií jako ve vyhodnocování prvního dílčího cíle, s tím, že jsem si respondentky rozdělila do dvou skupin podle místa jejich porodu. Výsledky výzkumu publikuji ve formě procentuálního rozdílu mezi BFHI a nonBFHI nemocnicemi. Dle mého názoru je tento způsob názornější. V tom, jestli ženy cítily, že mají dostatek informací a podporu ke kojení, byl rozdíl **6,4% ku prospěchu nonBFHI nemocnic**. Rozdíl v tom, jestli ženy dostaly prospěšné informace byl rozdíl o něco větší a to **10% pro nonBFHI nemocnice**. Největší rozdíl můj výzkum odhalil v jednotnosti informací. Odpovědi žen ukázaly, že co se týká jednotnosti informací, je rozdíl **17,7% opět pro nonBFHI nemocnice**. Tento výsledek bych nazvala až alarmujícím a měli by, jsme se zamyslet nad důvodem, proč tomu tak je. Jednou z možností je, že výsledky jsou částečně ovlivněny menším množstvím respondentek. Použila jsem responze od 69 respondentek rodičích v BFHI nemocnicích a 38 respondentek z nonBFHI nemocnic. Aneta Majerčíková (2018), která prováděla průzkum o kojení publikuje ve svých výsledcích v otázce, jestli ženám personál pomohl s kojením, rozdíl přibližně **1% ku prospěchu nonBFHI nemocnic**. Sama autorka, ale uvádí, že výsledky neodpovídají odpovědím na otázky předchozí a závěrečnému komentáři respondentek. Myslím si že rozdíl mezi našimi výzkumy, je v tom, že Majerčíková měla podstatně větší množství respondentek, což může výsledky ovlivnit. Každopádně z výsledků vyplývá, že ženy rodičí v BFHI nemají subjektivně více informací. Rozhodla jsem se prozkoumat tento cíl více do hloubky, protože výsledky, kterých jsem dosáhla mne překvapily. Zaměřila jsem se na otázku týkající se krize při kojení, přesněji na ženy, které nepocítily krizi při kojení. Obecně, což se dalo předpokládat, pocítily krizi při kojení častěji prvorodičky než druhorodičky. Dále jsem analyzovala vyjádření žen, které nepocítily krizi při kojení. Z výsledků vyplývá, že krizi **neprodělalo 27,5% žen z BFHI nemocnic a 13% z nonBFHI nemocnic**. V tomto údaji je naopak patrné, že lepšího výsledku dosáhly nemocnice BFHI. Předpokládala byl, že faktor informovanosti bude souviset s proběhnutím krize při kojení, ale moje výsledky to neprokazují. Rozhodně navrhuji, tento cíl dále prozkoumat

Posledním dílčím cílem bakalářské práce bylo, zjistit, jaké důvody vedou ženy k ukončení kojení. Byla stanovena jedna výzkumná otázka. Co mne překvapilo, byl fakt, že 54% respondentek, čili matek dětí ve věku od jednoho do tří let věku stále kojí. Pokud

toto porovnáám s daty praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2004, zveřejněné Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), ze kterých vyplývá, že kratší dobu než šest měsíců je kojeno v závislosti na kraji České republiky okolo 60% dětí (ÚZIS, 2005). Z mého výzkumu, ale vyplynulo, že **82% respondentek kojilo nebo stále kojí déle než 6 měsíců**. Rozdíl může být samozřejmě způsoben i poměrně velkým časovým odstupem jednotlivých výsledků, bohužel se mi novější statistiku nepodařilo dohledat. Z výzkumu také vyplynulo, že 49% žen které již nekojí, ukončily kojení bez vlastního rozhodnutí. Navrhují tuto otázku podrobit hlubšímu zkoumání, protože by bylo velmi zajímavé zjistit co si ženy pod tímto pojmem představují. **Jako důvody, proč ukončily kojení, uvedly respondentky v největším zastoupení (24%) další těhotenství respondentky a ve stejném zastoupení po sečtení dat také problémy řešitelné porodní asistentkou, jako například problém s přisátím dítěte a málo mléka matky**. Odůvodněním tohoto výsledku se dovolím vrátit zpět v dílčím cíli číslo jedna. Stejně jako v případě informovanosti žen o kojení, i v případě řešení problémů s kojení, ženy stále upřednostňují internetové zdroje, popřípadě vyřeší problém ukončením kojením, což je podloženo otázkou číslo 24 mého výzkumu. Informovanost žen o využití služeb porodní asistentky jako odbornice na kojení je velmi malá. Problémy řeší více než 5x více s laktační poradkyní než z porodní asistentkou, vyšlo najevo, že více žen vyřeší problém týkající se kojení jeho ukončením, než využitím péče porodní asistentky. Toto může být ovlivněno, jak uvádí Dvořáková (2012) ve své bakalářské práci, že většina naší společnosti, nemá povědomí o práci porodní asistentky. Ze 40 respondentek kolegyně Dvořákové, uvedla pouze polovina, že poradní asistentka má ve své kompetenci péči o novorozence a tím i péči spojenou s kojením. S tímto cílem souvisí celkové procento žen, které kojili výlučně po odchodu z porodnice, to znamená, nepodávaly žádné jiné tekutiny kromě vlastního kojení, 89% žen, které přijdou z porodnice do domácí prostředí kojí své dítě výlučně. Tento výsledek potvrzuje také studie MUDr. Aleny Mydlilové probíhající v letech 2000 - 2006. Mydlilová uvádí podíl výlučně kojených dětí při odchodu z porodnice 89,1% (Mydlilová, 2011).

Dalším zajímavým zjištěním pro mne bylo, hodnocení bondingu. Bonding, jak je známo má nepopíratelný vliv kojení. Jak je zřejmé z grafu číslo 7, poměrně velké procento žen (57%), odpovědělo, že po porodu proběhl bonding včetně přisátí dítěte, a to hodnotím velmi kladně. Oproti tomu 45% dotázaných žen uvedlo v další otázce dobu trvání bondingu od velmi krátkého - v řádech minut do jedné hodiny. Toto ukazuje na to, že

respondentky považují za bonding i chvilkové položení dítěte na břicho matky, například po dobu dotepání pupečníku.

Celkově, ale výsledky hodnotím kladně. Z výzkumu vyplynulo, že ženy v naší populaci kojí poměrně dlouho, i když nejsou splněny ideální podmínky pro podporu kojení. Dalším takovým faktorem, je separace dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že v řádech dní byly separovány pouze tři děti ze 107. Tento výsledek můžeme vyložit tak, že dochází k dlouhodobější separaci matky a dítěte pouze ve výjimečných případech, například při vzniku závažných zdravotních komplikací. Pokud je dítě i matka co nejdříve v kontaktu, je to ideální základ vazby mezi nimi a začátku kojení. Omezení separace na nezbytně dlouhou dobu je velmi dobrým krokem.

Data získaná výzkumem v této práci, jsem měla v plánu porovnat také s výzkumem, který proběhl pod záštitou České společnosti porodních asistentek (ČSPA), s vedením porodní asistentky a místopředsedkyně ČSPA Petry Pařízkové. O tomto výzkumu jsem se dozvěděla pomocí webu ČSPA a rady vedoucí práce. Bylo usilováno o získání dat z této *"Národní studie kojení a jeho vliv na zdravotní stav dítěte"*, ale ani přes emailovou korespondenci a telefonickou komunikaci s paní Petrou Pařízkovou, mi tyto data do termínu odevzdání bakalářské práce nebyly poskytnuty. K dispozici mi je pouze volně dostupný dotazník vytvořený pro tuto studii a myslím, že tento výzkum by mi mohl pomoci objasnit některé výsledky.

Jako přínos mojí práce pro praxi, navrhuji seznámit s výsledky výzkumu oddělení šestinedělí v rámci zpětné vazby, například krátkou prezentací. V péči o (ne)kojící ženy máme pořád prostor pro zlepšení a protože v České republice byly uskutečněny pouze dva velké výzkumy (z jednoho z nich bohužel nemám data) není moc informací, ze kterých by zdravotníci/dětské sestry/porodní asistentky mohly čerpat informace o spokojenosti a potřebách žen v období kojení.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala analýzou kojení v České republice pomocí kvantitativního výzkumu. Teoretická část v první kapitole seznamuje s obecnou problematikou tématu. Obsahuje základní informace o kojení z pohledu anatomie, fyziologie a psychologie. Popisuje faktory ovlivňující kojení a zmiňuje také nejčastější problémy a jejich řešení. V praktické části bylo hlavním cílem práce analyzovat kojení současných žen v České republice. Jako dílčí cíle jsem určila subjektivní informovanost žen o kojení, motivaci ke kojení, vliv certifikace BFHI na informovanost žen a důvody ukončení kojení. Výzkumu proběhl formou dotazníku. Tento dotazník (viz. Příloha A) byl rozšířen mezi ženy, které mají dítě ve věku od jednoho roku do tří let věku. Dotazník byl vyplněn dostatečným množstvím respondentek.

Bylo dosaženo poměrně překvapivých výsledků. Analýzou responzí bylo zjištěno, že více než polovina žen nemá subjektivně dostatek informací a podporu ke kojení. Ženy ohledně kojení nezískávají informace v největší míře na oddělení šestinedělí, ale hledají je hlavně pomocí internetu. Využívají více služby laktačních poradkyní než porodních asistentek. Byla zjišťována subjektivní informovanost dotazovaných žen, v závislosti na certifikaci BFHI porodnice, ve které porodily. Ženy, které porodily v porodnici s certifikací BFHI nejsou subjektivně více informované o kojení, oproti ženám, které porodily v porodnic bez certifikace BFHI. Porodnice s certifikací vycházely z průzkumu o něco hůře. Tato certifikace tedy nepřináší markantní rozdíly v péči o kojící ženy.

Analýza výsledků také ukázala, že největší motivací ke kojení je pro ženy, jeho přirozenost. Ženy také vnímají jako svou motivaci ke kojení výhody, které kojení přináší jejich dítěti. Polovina dotazovaných žen ukončila kojení aniž by sama chtěla. Respondentky ukončily kojení nejčastěji z důvodu dalšího těhotenství a problémů s přísátím dítěte nebo množstvím mléka. Vzniklé problémy řeší často samy, služeb laktační poradkyně využívají častěji než služeb porodní asistentky. Za pozitivní výsledek považují to, že 80% žen kojí své dítě déle než 1 rok a stejné množství žen kojí výlučně do šesti měsíců a déle.

Vzhledem k tomu, že téma je velmi obsáhlé, navrhuji, aby bylo hlouběji prozkoumáno. Považuji za vhodné použít kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu, pro přesnější výsledky. Taktéž by jistě bylo přínosné, zopakovat výzkum s časovým odstupem.

Celkově hodnotím kojení žen v České republice jako převážně dlouhodobé. Ženy, ikdyž nemají dostatek informací z oddělení šestinedělí kojí ve většině případů výlučně šest měsíců a déle. S doplněním příkrmů kojí ženy většinou déle než jeden rok. Certifikace BFHI nemá pozitivní vliv na informovanost žen. Až na výjimky, jsou ženy ke kojení motivovány. Jejich motivavací je přirozenost kojení a benefity pro jejich dítě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let.* 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2816-5.

BOIRON, Michèle, François ROUX a Pierre POPOWSKI. *Pediatrie: homeopatie.* Praha: Grada. 2016. ISBN 978-802-4757-414.

COLSON Suzanne. Biological Nurturing: The Laid-back Breastfeeding Revolution. *Midwifery Today Magazine.* 2012, Spring 2012(101).

DVOŘÁKOVÁ, Veronika. *Profese porodní asistentky–veřejné mínění.* Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.

EvaLabusová.cz: Záleží úspěšné kojení na pocitech ženy? [online]. 2008 [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/clanky/zalezi_kojeni.php

GASKINOVÁ, Ina May. *Průvodce kojením.* Praha: Argo, 2011. ISBN 978-80-257-0483-7.

GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař.* 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5719-3.

GUTMANOVÁ, Laura. *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem: životní krize a emocionální revoluce.* Praha: Maitrea, 2013. ISBN 978-80-87249-46-8.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kolektiv. *Porodnictví.* 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HARRISON D., RESZEL J., BUENO M., SAMPSON M. *Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period.* [online] Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.cochrane.org/CD011248/SYMPT_does-breastfeeding-reduce-vaccination-pain-babies-aged-1-12-months

HYNIE, Sixtus. Centrální regulační úloha oxytocinu. *Psychiatrie.* 2008, 12(Supplementum 2), 4-10.

JAKUBOVÁ, Radka. Správný start - INFO. *Infookojení.net* [online]. 2013 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <http://www.infookojení.net/spraacutevnyacute-start.html>

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024728353.

Laktační liga: Baby Friendly Initiative ČR [online]. 2019 [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/bfi/>

Laktační liga: Podpora kojení Světovou zdravotnickou organizací pro evropský region [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/novinky/podpora-kojení-who-pro-evropsky-region/>

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovateľství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4735-306.

MAJERČÍKOVÁ, Aneta. *Celorepublikové výsledky průzkumu o podpoře kojení v porodnicích v letech 2014-2017. Šestinedělky* [online]. 2018, 20.8.2018 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://sestinedelky.cz/wp-content/uploads/2017/03/Celorepublikov%C3%A9-v%C3%BDsledky-pr%C5%AFzkumu-VF.pdf>

MALÍŠKOVÁ, Pavlína. *Informovanost české populace o profesi porodní asistentky*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita

MAMILA.SK: Oznamy o kurzoch pre poradkyne pri dojčení [online]. Bratislava, 2018 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.mamila.sk/pre-poradkyne/oznamy-o-kurzoch/>

MOORE E. R., BERGMAN N., ANDERSON G. C., MEDLEY N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*[online]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016[cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants

MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, I. *Bonding – řporodní radost*. 1. vydání. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.

MUNTAU, Anita. *Pediatric*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2525.

MYDLILOVÁ, Alena. Srovnání podílů kojených dětí v Baby friendly a ostatních porodnicích ČR v letech 2000-2006. *Česko-slovenská pediatrie*. 2011, 66(4), 207-214.
MZČR: Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou [online]. Praha: MZČR, 2014 [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociologická encyklopedie* [online]. Sociologický ústav AV ČR, 2018 [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Instinkt>

POLOKOVÁ, Andrea. *Praktický návod na dojčenie*. Bratislava: Slovart, 2012. ISBN 978-80-556-0751-1.

REITEROVÁ, Veronika. *Informovanost žen o kojení*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie: příručka pro studenty*. Vyd. 2., dopl. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-406-9.

SABERSKY, Annette. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Praha: Grada, 2009. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2740-0.

SEARS, William a Martha SEARS. *Kontaktní rodičovství*. Praha: Argo, 2012. ISBN 978-80-257-0597-1.

SHAH, HERBOZO, ALIWALAS. *Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates*[online]. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*[cit. 2019-02-10]. Dostupné z: https://www.cochrane.org/CD004950/NEONATAL_breastfeeding-or-breast-milk-for-procedural-pain-in-neonates

SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2006. Pro rodiče. ISBN 80-247-1308-X.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 9788086356501.

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.

ÚZIS ČR: Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2004 [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2005 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-detskeho-dorostoveho-ambulantni-peci-roce-2004>

VANĚČKOVÁ, Martina. *Laktační poradenství na poporodním oddělení.* Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita

World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding.* Ženeva, 2003:WHO

YALOM, Marilyn. *Dějiny ňadra: kulturní a sociální dějiny prsou od starověku až po současnost.* Praha: Rybka Publishers, 1999. Historia particularis. ISBN 80-86182-92-4.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Dotazník
- Příloha B - 10 kroků k úspěšnému kojení - verze 2018
- Příloha C - Polohy při kojení

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Denisa Fialová a jsem studentkou 3 ročníku oboru Porodní asistentka na Západočeské univerzitě v Plzni. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „Kojení v naší společnosti“ a pro tento účel jsem vytvořila dotazník. Tento dotazník je plně anonymní a údaje z něj získané použiji pouze pro účely mé bakalářské práce. Prosím o vyplnění matek dětí ve věku 1 – 3 roky, které porodily 1 dítě(ne dvojčata) mezi 38 a 42 týdnem těhotenství. Způsob porodu ani délka kojení není rozhodující.

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku. Budu ráda, pokud využijete i prostor pro dovyjádření.

Denisa Fialová

- 1) **Uved'te prosím věk vašeho dítěte**
- 2) **Kolik Vám bylo let v době porodu?** a) méně než 18 let b) 18 – 25 let c) 25 – 35 let d) 35 let a více
- 3) **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** a) základní b) vyučena c) středoškolské s maturitou d) vysokoškolské
- 4) **Jedná se o vaše:** a) první dítě b) druhé dítě c) třetí dítě d) jiné ...
- 5) **Jakým způsobem jste rodila?** a) vaginálně spontánně b) vaginálně operativně (kleště, vakuumextrakce) c) plánovaným císařským řezem d) akutním císařským řezem – porod sám začal
- 6) **Uved'te prosím název porodnice, kde jste porodila Vaše dítě:**
- 7) **Proběhl po porodu/císařském řezu bonding včetně přisátí dítěte do hodiny po porodu?** a) proběhl bonding na Vašem těle kůže na kůži včetně přisátí k prsu b) proběhl bonding na Vašem těle kůže na kůži bez přisátí c) bonding kůže na kůži neproběhl vůbec d) Jiné ..
- 8) **Pokud proběhl bonding kůže na kůži uved'te prosím jak dlouho trval:**

- 9) **Došlo k oddělení Vás a dítěte po porodu (JIP, křížení dítěte, šití poranění v narkoze, lýze placenta atd.)? Pokud ano, uveďte na jak dlouho:**
- 10) **Cítila jste, že máte dostatek informací a podporu ke kojení z oddělení šestinedělí?** a) ano b) ne c) nebyla jsem hospitalizovaná na oddělení šestinedělí (ambulantní porod atd.)
- 11) **Byly pro Vás informace, které jste získala na oddělení šestinedělí prospěšné a jednoduché?** a) ano b) ne c) byly prospěšné, ale nejednotné d) nebyly pro mne prospěšné, ale byly jednotné
- 12) **Bylo Vám na odd. Šestinedělí vždy odpovězeno na Vaše otázky týkající se kojení?** a) ano b) ne c) jiné
- 13) **Jakou jste pocítovala největší potřebu v souvislosti s kojením? (například informace, soukromí, podpora ...)**
- 14) **Kde jste získala nejvíce informací ohledně kojení?** a) na oddělení šestinedělí b) od rodiny/kamarádek c) z knih/časopisů d) na internetu e) od laktáčnické poradkyně f) od porodní asistentky g) jinde...
- 15) **Hledala jste si informace již v průběhu těhotenství?** a) informace jsem v těhotenství nezískávala b) od porodní asistentky c) z předporodního kurzu d) internet, knihy, časopisy e) rodina, kamarádky f) jinak...
- 16) **Cítila jste v období kojení nějakou krizi – těžké období, jak fyzicky tak psychicky?** a) ne b) ano
- 17) **Do jakého věku dítěte jste kojila?**
a) vůbec b) pouze v porodnici c) do 6 týdnů d) 6týdnů až 3měsíce e) 3 – 6 měsíců
f) 6 – 9 měsíců g) 9 – 12 měsíců h) 1-2 roky ch) 2 roky a déle

- 18) **Do jakého věku dítěte jste kojila výlučně tzn. Bez příkrmu, umělé výživy, čaje atd.?** a) do 6 týdnů b) do 3 měsíců c) do 6 měsíců d) déle než do 6 měsíců e) vůbec f) pouze v porodnici
- 19) **Bylo vaše dítě někdy dokrmeno umělou výživou?** a) ne b) ano, z lahvičky c) ano, pomocí stříkačky d) ano, pomocí cévky po prsu e) ano, jinou metodou
- 20) **Jaká byla/je Vaše motivace ke kojení (možno zaškrtnout více odpovědí)**
a)benefity pro dítě b) ekonomičnost c) kojit je přirozené d) prevence prsu e) kontakt s dítětem f) kojení pro mne nebylo důležité g) jiné ...
- 21) **Používáte/používala jste dudlík?** a) ano b) ne
- 22) **Kojila jste Vaše dítě s kloboučky?** a) ano b) ne
- 23) **Potkal vás během kojení některý z těchto problémů? (možno zaškrtnout více odpovědí)** a) bolestivé bradavky b) ragády (prasklinky na bradavkách) c) mastitida (zánět prsu) d) bolestivé tvrdnutí prsů e) ucpání mlékovodu f) nedostatek mléka g) nepřisávající se dítě h)ne
- 24) **Pokud jste měla nějaký problém při kojení, jak jste ho řešila? (možno zaškrtnout více odpovědí)** a) neřešila, sám zmizel b) s lékařem c) s laktační poradkyní d) doma pomocí přírodních metod e) ukončením kojení f) s porodní asistentkou
- 25) **Ukončila jste kojení z vlastního rozhodnutí?** a) ano b) ne c) stále kojím
- 26) **Co Vás vedlo k ukončení kojení?**
a) věk dítěte b) nechtěla jsem už kojit c) málo mléka/slabé mléko d) doporučení pediatra e) nepřisávající se dítě f) zdravotní důvody g) kojím stále h) jiné

Děkuji za Váš čas, budu ráda když využijete možnost dovyjádřit se k tématu.

Přeji hezký den, Denisa Fialová

10 kroků k úspěšnému kojení (revize 2018 WHO-UNICEF)

Klíčové řídicí postupy

- 1.a** Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a příslušná usnesení Světového zdravotnického shromáždění (WHA).
- 1.b** Mít písemně vypracovanou strategii výživy kojenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.
- 1.c** Zavést systémy průběžného monitorování a správy dat.
- 2.** Postarat se o to, aby zaměstnanci měli dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti pro podporu kojení.

Klíčové klinické postupy

- 3.** Diskutovat o významu a praktickém zvládnutí kojení s těhotnými ženami a jejich rodinami.
- 4.** Zajistit okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky v tom, aby kojení zahájily co nejdříve po porodu.
- 5.** Podporovat matky v zahájení a udržování kojení a ve zvládnutí běžných obtíží.
- 6.** Nedávat kojeným novorozencům žádné jídlo nebo tekutiny jiné než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.
- 7.** Umožnit matce a dítěti zůstat spolu; praktikovat rooming-in 24 hodin denně.
- 8.** Podpořit matky v tom, aby u svého dítěte rozpoznaly signály ke krmení a reagovaly na ně.
- 9.** Poskytovat matkám rady ohledně používání lahviček, šidítek a dudlíků a rizik s tím spojených.
- 10.** Koordinovat propouštění tak, aby měl rodič s dítětem včasný přístup k průběžné podpoře a péči.

<http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

Příloha C: Polohy při kojení



Poloha tanečnicka



Poloha vleže



Vleže na zádech



Vsedě (madona, kolébka)



Poloha fotbalisty



Boční držení s podporou zad

zdroj: Behinová(2012)