

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kojení z pohledu žen

2006/2007

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Hana Vrbová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za vedení mé diplomové práce. Především za čas a cenné rady, které mi vždy věnovala.

Dále děkuji za pomoc celé své rodině a především Pavlu Dubovi za grafické a statistické zpracování.

Velký dík patří i všem maminkám za jejich ochotné a kompletní vyplnění dotazníku.

Obhajoba diplomové práce dne: 10.9.2007

Jméno oponenta: Mgr. Jana VODIČKOVÁ

Výsledek obhajoby: Práce byla obhájena.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Pro zpracování diplomové práce jsem využila jen pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Cítolibeč, dne 25. dubna 2007

Hana Vrbová

Hana Vrbová

Obsah

Anotace	7
1. Úvod	9
2. Teoretická část	10
2.1 Základní informace o kojení.....	10
2.1.1 Vývoj, anatomie a fyziologie mléčné žlázy.....	10
2.1.2 Laktace, tvorba mateřského mléka	11
2.1.3 Složení mateřského mléka	13
2.1.4 Technika kojení.....	16
2.1.5 Odstříkávání mateřského mléka.....	22
2.1.6 Alternativní způsoby krmení	24
2.2 Vývoj a význam kojení	24
2.2.1 Vývoj názorů na kojení v průběhu času.....	24
2.2.2 Výhody kojení pro dítě	33
2.2.3 Výhody kojení pro matku	34
2.2.4 Statistický přehled vývoje kojení v současnosti v ČR.....	35
2.3 Psychologie kojení.....	36
2.3.1 Psychika a osobnost matky	36
2.3.2 Komunikace s matkou	38
2.3.3 Identifikace s ženskou rolí	38
2.3.4 Psychika a osobnost novorozence.....	39
2.4 Překážky a faktory kojení.....	40
2.4.1 Omezení ze strany dítěte	40
2.4.2 Omezení ze strany matky	40
2.4.3 Léky a další rizika.....	43
2.4.4 Negativně ovlivňující faktory	45
2.4.5 Pozitivně ovlivňující faktory	47
2.4.6 Další faktory ovlivňující kojení	47

3. Empirická část.....	49
3.1 Analýza a interpretace výsledků	49
3.1.1 Popis použitých metod.....	49
3.1.2 Charakteristika respondentek.....	51
3.2 Statistické údaje respondentek.....	51
3.3 Vyhodnocení dotazníku	55
3.4 Ověření hypotéz	82
Diskuse.....	90
Závěr.....	93
Seznam literatury.....	96
Seznam příloh.....	98

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Hana Vrbová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Kojení z pohledu žen
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Mellanová, CSc.
Počet stran:	98 + přílohy
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	Kojení, kojná, mateřské mléko, identifikace s ženskou rolí, novorozenec, prs, psychika

Tato diplomová práce se zabývá současnou problematikou kojení z pohledu žen. V teoretické části jsou popsány nejnovější poznatky o kojení, historie, význam a psychologie kojení.

Praktická část sleduje postoje matek ke kojení, jejich vlastní zkušenosti, názory a hodnocení. Snaží se vyhledat faktory ovlivňující délku a kvalitu kojení.

Abstract

Author's name:	Hana Vrbová
School:	Charles University, Prague 1 st Faculty of Medicine Institut of Theory and Practice of Nursing Studničkova 5, 121 00 Prague
Program:	Health Care Administration
Title:	The breastfeeding from the view of woman
Consultant:	Alena Mellanová
Number of pages:	98 + attachments
Number of attachments:	6
Year:	2007
Key words:	Breastfeeding, wet nurse, breast milk, newborn child, psychic, identification with female role, breast

This diploma work is focusing on the contemporary problems of breastfeeding from the view of woman.

There is described the newest knowledge of breastfeeding in the theoretical part, the history, meaning and the psychology of the breastfeeding.

The practical part is focusing on the mother's attitude towards the breastfeeding, mother's own experiences, opinions and valuations. This part is also looking for the factors affecting the duration and the quality of the breastfeeding.

1. Úvod

Pro zpracování své diplomové práce jsem si vybrala téma „Kojení z pohledu žen“. K tomuto tématu mě pojí několik důležitých skutečností. Vystudovala jsem obor porodní asistentka a pracovala jsem několik let na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice v Lounech. Zde jsem měla možnost sledovat kojení z pohledu práce zdravotníka. Vzhledem k mému povolání se na mne často obracely mé kamarádky, čerstvé maminky, s dotazem či prosbou o radu ohledně kojení svého dítěte. Tak jsem měla možnost vidět problematiku kojení i ze strany laiků. Dalším, a pro mne nejdůležitějším faktem pro volbu tohoto tématu jsou moje dvě děti. Obě děti jsem měla možnost kojít do dvou let. Dobře vím, co nám společně strávené chvíle při kojení daly.

Od roku 1991 je v České republice právo dítěte na kojení zakotveno v Úmluvě o právech dítěte ze zákona, neboť podle Světové zdravotnické organizace považuje současná věda přirozenou výživu mateřským mlékem za nejlepší možnou a dítě má zákonem dané právo na jedinou stravu, plně odpovídající jeho potřebám. Shromáždění SZO v květnu 1996 prodloužilo doporučení výlučného kojení na dobu 6 měsíců a dále doporučuje kojít spolu s doplňkovou výživou od 6 měsíců do 2 let věku dítěte.

Kojení je právem dítěte, ale také právem ženy. Kojení je otázkou volby. Příčinou selhání laktace je spíše systém a kulturní zvyklosti než samotná matka.

V dnešní době již nikdo nepochybuje o nezastupitelnosti a významu kojení. Dovednosti a znalosti o kojení jsou u nás v České republice na vysoké úrovni. Za problém však považuji, že nejsou na všech potřebných místech dostatečně využívány a hlavně předávány dále těm, kteří je nejvíce potřebují. Bývají to především maminky. Kojení musí stále překonávat mnoho překážek, jakými jsou například velká reklama umělé výživy, chybějící tradice kojení, či nedostatečné znalosti o kojení u některých zdravotníků.

Z těchto úvah vyplynuly i hlavní cíle této práce:

- zmapovat současný stav a úroveň kojení
- nastínit pozitiva a negativa kojení z pohledu matek
- zjistit vliv identifikace s ženskou rolí na délku kojení

2. Teoretická část

2.1 Základní informace o kojení

2.1.1 Vývoj, anatomie a fyziologie mléčné žlázy

Začátek vývoje mléčné žlázy se objevuje asi v 6. týdnu nitroděložního života. Mléčná žláza se vyvíjí na mléčné liště, která vzniká pruhovitým zduřením ektodermu embrya. Lišta je párová a táhne se na přední stěně hrudníku od axily po ingvinu. U člověka celá lišta zaniká až na oblast na hrudníku, kde se vytvoří pár mléčných žláz. V inrauterinním stádiu vývoje se vytvoří dvorec a bradavka, stejná pro obě pohlaví. Po porodu jsou v mléčné žláze zřetelné všechny anatomické součásti. Až do puberty zůstává mléčná žláza v klidu. Další rozvoj je pohlavně diferenciován. Nastává u dívek v pubertě okolo 12. roku. Tkáně tvořící žlázu se množí, dvorec se pigmentuje, bradavka se stává zřetelnější. S nástupem cyklických hormonálních změn se žláza zdokonaluje. Největší rozvoj mléčné žlázy nastává v těhotenství. Uplatňuje se několik hormonů. Nejdůležitější úlohu hrají estrogeny, stimující růst vývodné části žlázy. Gestageny podporují spíše růst žlázkové tkáně(12).

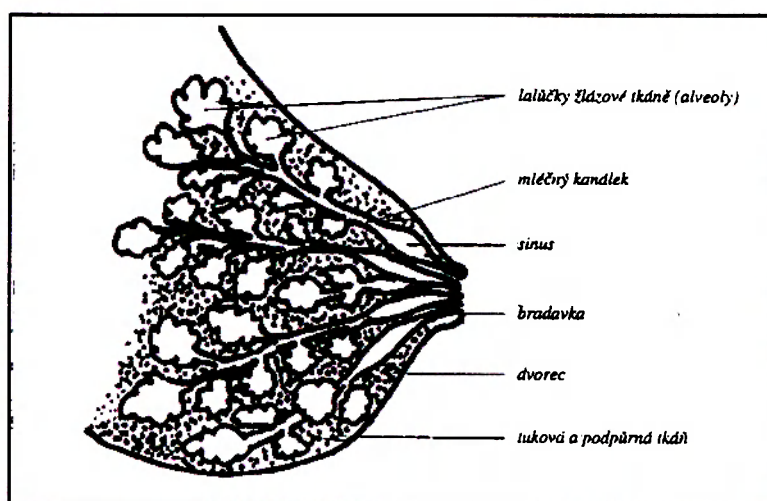
Prs dospělé ženy je umístěn na přední stěně hrudní od druhého žebra po šesté žebro. Jeho hmotnost se uvádí 200-300 g. Mediální hranicí je sternum, laterálně prs dosahuje střední axilární linie. Největší objem žlázy je v horním zevním kvadrantu prsu (v tomto kvadrantu je nejčastější výskyt nádorů prsu).

Vlastní těleso prsu leží mezi dvěma listy povrchové fascie, mezi kterými probíhají vazivové pruhy. Fixují kůži prsu, mamiloareolární komplex, laloky žlázkového tělesa a společně s pre- a retromamární tukovou tkání tvoří typický tvar prsu (3).

Mléčná žláza se podobá stromu s větvemi a listy obrácenými k hrudní stěně a kmenem k bradavce. Žláza je rozdělena na 15-25 oddílů (lalok – lobus), navzájem oddělených vazivovými přepážkami. Každý oddíl je tvořen asi stovkou alveolů, kde se tvoří mléko. Z alveolů se formují vývodné kanálky (ductus lactiferus). Postupně se jednotlivé vývody spojují směrem k bradavce ve větší vývody, kterých na ní ústí 15-25. Úsek vývodů pod dvorcem prsu je rozšířen (0,5-1,0 cm v průměru), mléko se zde shromažďuje v tzv. sinusech (sinus lactiferus) (12).

Buňky tkání mléčné žlázy jsou velmi citlivé na všechny hormonální změny od puberty až po klimakterium. Prs reaguje na ovariální cyklus i na léčbu hormony.

Působením estrogenů v pubertě se prodlužují a rostou vývody. Estrogeny podporují růst vaziva podél vývodů. Účinkem progesteronu se vyvíjejí sklípky a lalůčky. Růst žlázy je dokončen asi dva roky po menarce. V generačním období cyklické změny estrogenů a progesteronu vedou ke střídání proliferačních a involučních procesů žlázné tkáně a interlobulárního vaziva. Proces je různý podle toho, jaké množství estrogenových a progesteronových vazebných míst na membráně buněk žena má. Další funkční vývoj prsu umožňují hormonální poměry v těhotenství, hormony placenty, diencefala a hypofýzy.



Obr. č.1 Uspořádání mléčné žlázy

2.1.2 Laktace, tvorba mateřského mléka

Laktace představuje společný proces pro matku a dítě. Kojení je jedním ze základních předpokladů zdravého růstu a vývoje dítěte. Mateřské mléko je pro svoji jedinečnost a druhovou specifickou ve výživě kojence nenahraditelné.

Mléko je tvořeno epiteliálními buňkami alveolů mléčné žlázy. Z alveolů je odváděno vývodními kanálky (ductus lactiferus) a hromadí se v tzv. sinusech (sinus lactiferus), které vyúsťují na bradavce. Laktace je proces, na který se organismus budoucí matky připravuje současně s vývojem plodu. Je řízen hormony hypofýzy – prolaktinem a oxytocinem.

Prolaktin je produkován předním lalokem hypofýzy a podílí se na produkci mléka. V malém množství se tvoří i v průběhu těhotenství. Už v těhotenství, zvláště v posledním trimestru, působí na tvorbu mleziva. Hlavně v posledním trimestru ovlivňuje tvorbu mleziva. Účinek prolaktinu je však v těhotenství blokován těhotenskými hormony, hlavně gestageny. Teprve po porodu placenty tento tlumivý vliv mizí a hladina prolaktinu začne výrazně stoupat. Nejvyšší hladiny dosahuje v krvi matky v první hodině po porodu. Proto je důležité přiložit dítě k prsu matky již v této době.

Oxytocin je tvořen v zadním laloku hypofýzy. Vyvolává kontrakci myoepiteliálních buněk obkružujících vývodné kanálky mléčné žlázy. Zajišťuje vylučování již vytvořeného mléka tzv. vypuzovacím reflexem (let - down reflex). Vypuzovací oxytocinový reflex je zpočátku nepodmíněný. Stává se však postupně reflexem podmíněným. Dostavuje se nejen jako reakce na sání dítěte (nejsilnější podnět k jeho vybavení), ale i jako reakce na pouhou vzpomínku matky na dítě. Nervová zakončení na bradavce a dvorci jsou sáním dítěte podrážděna. Vzruch je veden míchou do mozku a do hypofýzy, odkud se hormon vyplavuje a je krví přinášen do mléčné žlázy. Nepříjemné vjemy jako jsou bolest, strach, stres mohou reakci na sání dítěte, a tím uvolnění hormonu, snižovat. Kromě ovlivnění buněk mléčné žlázy působí oxytocin v průběhu porodu i na svalové buňky dělohy (12).

Tvorba mateřského mléka je proces, který nelze navodit, udržet ani podpořit léky nebo jinými prostředky, nýbrž jen vhodnou stimulací. Tou je právě sání dítěte z prsu. Schopnost tvorby mléka nezávisí příliš na velikosti prsů a významně ji neovlivňuje ani způsob porodu.

Přibližně 2. - 3. den po porodu nastává období zvýšené produkce mléka. Tomu předchází zvýšené prokrvení prsu a otok, který ženy pociťují jako teplo a napětí. Mléko se z prsu začíná uvolňovat až po několika hodinách od nástupu tvorby mléka. Je velmi důležité novorozence v této době přikládat k prsu matky. Pokud by dítě nebylo přiloženo, nalití prsů by bylo pro matku velmi bolestivé. Docházelo by k dalším komplikacím. Překrvení prsu a otok by mohly zdeformovat bradavku a sání by bylo pro dítě velice obtížné, a často i vůbec nemožné. Následně by se do tkáně prsu dostalo málo oxytocinu a mléko by se uvolňovalo nedostatečně. Dítě začne být hladové a začíná se dokrmovat čajem, glukózou, náhražkou mateřského mléka. Častý bývá dokrm z láhve. Dítě pak odmítá sát z prsu (12).

V mléčné žláze se vytváří více mateřského mléka, čím častěji a déle dítě saje. Pro úspěšnou tvorbu a uvolňování mléka je důležité včas přiložit novorozence k prsu matky po porodu, často kojit a nedávat dítěti pít nic jiného než mateřské mléko. Častým kojením je myšleno kojit podle zájmu a chuti dítěte. Důležité pro tvorbu mateřského mléka je přikládat dítě k prsu matky ve dne i v noci. V noci je množství uvolňovaných hormonů jako reakce na sání dítěte větší než ve dne. Dítě si má samo určit dobu jednotlivých kojení a délku přestávek mezi kojeními.

2.1.3 Složení mateřského mléka

Složení mateřského mléka se mění. Mateřské mléko je v průběhu celého období kojení ideálně přizpůsobeno měnícím se nárokům rostoucího dítěte. Jeho složení respektuje zrání jednotlivých funkcí dítěte, hlavně zažívacího traktu a centrálního nervového systému.

Mléko vylučované v průběhu prvních tří dnů se nazývá mlezivo (kolostrum). Mlezivo se tvoří u některých žen už před porodem. Jeho denní množství se pohybuje mezi 10 až 100 ml. Kolostrum má charakteristickou slámově žlutou barvu a relativně vysokou hustotu. Od zralého mateřského mléka se liší vyšším obsahem bílkovin a solí a nižším obsahem sacharidů a tuků. Významnou část jeho bílkovinné komponenty tvoří obranné látky, zejména sekreční imunoglobulin A, (sIgA), laktoferin a lysozym. Kolostrum obsahuje další typy imunoglobulinů a je bohaté na vitamín A. Menší objem a vysoká hustota mleziva vyhovují funkčně nezralým ledvinám novorozence. Kolostrum se mění ve zralé mateřské mléko v průběhu prvního týdne po porodu. Zralé mateřské mléko má namodralou barvu a nižší hustotu.

První dva týdny života jsou také velmi důležité pro navození dostatečné laktace. Z původního malého množství mleziva stoupá objem produkovaného mléka během prvního měsíce života dítěte v průměru na 650 ml a v průběhu třetího měsíce na 750 ml za den (4).

Bílkoviny

Mateřské mléko má nejnižší obsah bílkovin ze všech savců. Obsah bílkovin v mateřském mléce je do určité míry nezávislý na příjmu bílkovin ve stravě matky. Teprve těžká podvýživa se nepříznivě odráží na obsahu bílkovin v mateřském mléce.

Hlavní bílkovinou mateřského mléka je laktalbumin a kasein. Poměr těchto bílkovin se mění:

	laktalbumin	kasein
mlezivo	90	10
zralé mateřské mléko	60	40

Tabulka č.1 Poměr bílkovin

	mlezivo	zralé mléko	kravské mléko
bílkoviny g/100 ml	1,5 – 2,0	1,1 – 1,3	3,3
tuky g/100 ml	2,0 – 2,2	4,0 – 4,5	3,8
sacharidy g/100 ml	4,0 – 4,2	5,0 – 7,0	4,8

Tabulka č.2 Složení mleziva, mateřského a kravského mléka

Laktalbumin vytváří v žaludku dítěte jemnější sraženinu než kasein. Nižší hladina kaseinu v mateřském mléce umožňuje ve srovnání s umělou výživou jeho lehčí stravitelnost. Sraženina, vznikající v žaludku kojeného dítěte, je jemná a opouští žaludek dříve než hrubá sraženina v žaludku uměle živeného dítěte. Proto chce kojené dítě pít častěji než dítě krmené umělou výživou.

Kasein poskytuje dítěti aminokyseliny potřebné k výstavbě jeho tkání. Podporuje vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě. Také obsahuje N-acetyl-neuronovou kyselinu a N-acetylglukosamin, které mají význam v obraně dítěte proti infekci.

Tuky

Tuky představují velmi proměnlivou složku. Mění se v průběhu celé laktanční doby, v průběhu dne (nejvíce je ho pozdě odpoledne) i během jednoho kojení. Jejich množství se pohybuje od 2 g/100 ml v mlezivu do 4-4,5 g/100 ml ve zralém mateřském mléku. Na začátku každého kojení je v mléku méně tuků, zato více cukru, laktózy. Takové mléko se nazývá „přední“ mléko. Slouží hlavně k uhašení žízně. Mléko tvořené ke konci kojení, tzv. „zadní“ mléko, je bohaté na tuky (až 5x více) a z hlediska dodávky energie je pro dítě důležité.

Tuky jsou tvořeny hlavně triacylglyceroly, které obsahují více než 150 různých mastných kyselin. Mastné kyseliny jsou z větší části nenasycené (57 %). Mezi ně patří kyselina linolová, linolenová a arachidonová. Mají význam pro rozvoj centrálního nervového systému novorozence.

Mateřské mléko je bohaté na cholesterol (16 mg/ 100 ml). Předpokládá se, že v raném období výživy se díky velké nabídce naučí dítě cholesterol zpracovávat. To je velmi užitečné pro dospělost. Má to vztah k prevenci aterosklerózy a výskytu kardiovaskulárních onemocnění.

Trávení tuků je v době, kdy ještě nejsou zralé trávicí mechanismy (pankreatická lipáza), usnadňováno mateřskou lipázou, obsaženou v mléku. Díky tomu mateřské mléko poskytuje dítěti současně tuky a enzym, který je rozkládá. Novorozenec, který dostává mléko sondou přímo do žaludku (a ne z prsu matky), je o tyto výhody připraven. Dítě samo tvoří v ústech a v žaludku lipázu vlastní.

Cukry

Laktóza je hlavním sacharidem mateřského mléka. Je to disacharid složený z glukózy a galaktózy. Je rozkládána enzymem laktázou. Kromě laktózy obsahuje mateřské mléko také oligosacharidy. Množství cukrů v mlezivu je 4 g/100 ml, ve zralém mateřském mléku je asi 7 g/100 ml. Cukry poskytují dítěti 40 % celkové dodávky energie. Laktóza a fyziologická bakteriální mikroflóra usnadňují vstřebávání železa a vápníku a chrání kojené dítě před střevní infekcí.

Vitamíny, minerální látky a stopové prvky

Vitamíny rozpustné ve vodě (skupina vitamínů B a vitamín C) jsou přítomny v mateřském mléce v potřebném množství, pokud jich má matka dostatečně ve své stravě. Např. přísné vegetariánství může být příčinou deficitu určitých vitamínů.

Z vitamínů rozpustných v tucích obsahuje mateřské mléko dostatek vitamínů A a E. Vitamín K – celkové množství vitamínu K se nepovažuje za dostatečné, proto je nutné jej zpočátku dodat. Od 3. týdne je již vytvořena střevní mikroflóra, která novorozence zásobuje vitamínem K pro další období. Vitamínu D je v mateřském mléce málo, proto je dodáván. Podle nedávných výzkumů bylo zjištěno, že mateřské mléko

obsahuje vitamín D i ve formě rozpustné ve vodě, a proto by s běžným pobytem na vzduchu za slunečných dnů měla být jeho dodávka pro zdravé donošené děti dostatečná.

Mateřské mléko obsahuje dostatečné množství minerálních látek a stopových prvků, pokud matka sama netrpí jejich vážným nedostatkem. Biologická dostupnost těchto látek je dobrá. Vápník a fosfor jsou v mateřském mléku v poměru 2:1, což zajišťuje optimální vstřebávání obou prvků. Ze stopových prvků obsahuje mateřské mléko měď, zinek, kobalt a selen.

2.1.4 Technika kojení

Správná technika je důležitým předpokladem úspěšného kojení. Technika vyžaduje správnou polohu, správné přísátí a správné sání.

Hlavní zásady pro správné a bezproblémové kojení:

Správná vzájemná poloha matky a dítěte

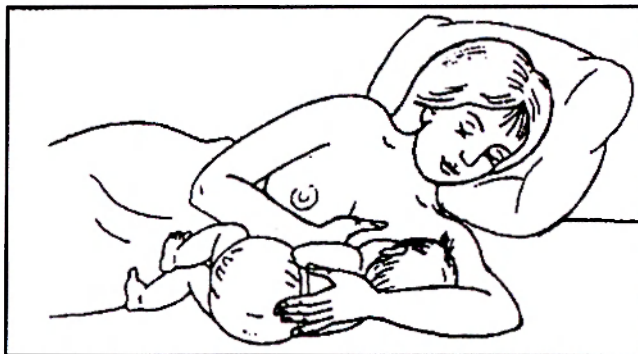
- vybrat vhodnou polohu pro matku a dítě (viz přehled poloh)
- dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho a kolena směřují k matce
- v jedné linii by mělo být ucho, rameno a kyčle dítěte
- matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku
- myslet na zásadu: dítě přikládáme k prsu, ne prs k dítěti
- matka se nemá zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu
- brada, tvář a nos dítěte se dotýkají prsu
- kojení nemá matku bolet
- dítě nesmí křičet

Přehled poloh:

poloha vleže

- matka a dítě leží na boku
- matčina hlava je polštářem vypořádána, aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene

- matka je v zádech lehce prohnuta
- dítě leží v ohbí paže
- matka se nemá opírat o loket, horní končetina nemá být zdvižena nad úroveň ramene



Obr. č. 2 Poloha vleže

poloha vsedě

- hlava dítěte leží v ohbí paže matky
- předloktí matky podpírá dítěti záda
- matčiny prsty spočívají na hýždích nebo na stehýnku výše umístěné dolní končetiny děťátka
- druhou rukou matka přidržuje prs



Obr. č.3 Poloha vsedě

boční, fotbalové držení

- doporučuje se ženám s velkými prsy, plochými bradavkami a po císařském řezu



Obr. č.4 Boční, fotbalové držení

poloha tanečnicka

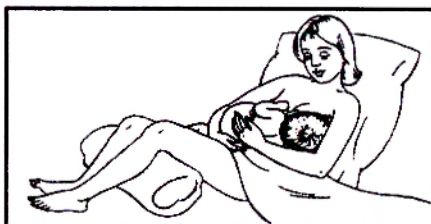
- vhodná pro děti nedonošené a děti, které se špatně přisávají



Obr. č. 5 Poloha tanečnicka

poloha v polosedě s podloženýma nohama

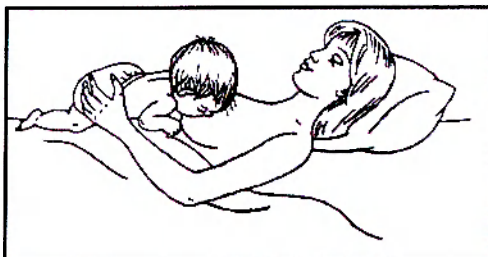
- vhodné pro ženy po císařském řezu



Obr. č. 6 Poloha v polosedě s podloženýma nohama

poloha vleže na zádech

- hodí se pro matky po císařském řezu a špatně se přisávající děti



Obr. č. 7 Poloha vleže po císařském řezu

vzpřímená, vertikální poloha

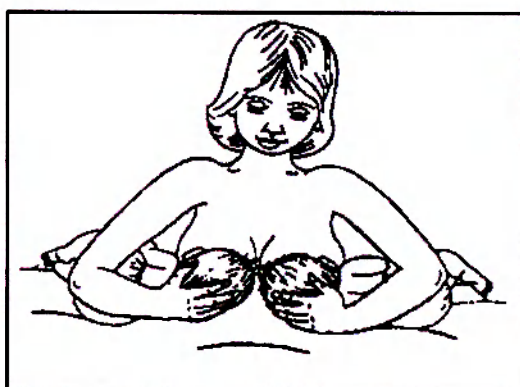
- pro nedonošené děti a děti s malou bradou



Obr. č. 8 Poloha vzpřímená

kojení dvojčat

- poloha vhodná pro matky s dvojčaty



Obr. č. 9 Kojení dvojčat

kojení trojčat

- dvě děti jsou kojeny v boční poloze, třetí dítě leží v klíně matky



Obr. č. 10 Kojení trojčat

Známky správné polohy matky a dítěte**Matka:**

- je v pohodě, nebolí ji bradavka, ramena, záda, ruce
- tkáň prsu se před ústy dítěte nenapíná
- vypuzovací reflex je funkční
- bradavka není oploštělá a poškozená
- prs je po kojení vyprázdněný

Dítě:

- je spokojené
- sají dlouhými doušky, nesrká při sání
- dýchá volně
- nešpulí rty, nevpadávají mu tváře

Správná technika přisátí**Matka drží správně prs:**

- prs je zespodu podpírán všemi prsty kromě palce
- palec je položen vysoko nad dvorcem
- prsty se nesmí dotýkat dvorce
- bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte
- drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex, dítě na to reaguje širokým otevřením úst (jako při zívání)

- prs musíme dítěti nabídnout tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce
- nepřikládáme k prsu křičící dítě (při křiku je jazyk dítěte umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku)
- špička nosu a brada dítěte se musí dotýkat prsu
- matka nesmí při kojení odtahovat prs

Známky správného přísátí k prsu:

- brada a nos dítěte se dotýkají prsu
- široce rozevřená ústa dítěte
- většina dvorce je v ústech dítěte
- dolní ret je ohrnut ven
- jazyk přesahuje dolní ret
- zpočátku rychlé sání přechází do dlouhých a pomalých sání
- je slyšet polykání dítěte
- při sání se pohybují ušní boltce a spánky dítěte, tváře nesmí vpadávat



Obr. č. 11 Správné přísátí k prsu

Správná technika sání

- jazyk dítěte přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy
- jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem
- bradavka s dvorcem musí být uložena na jazyku
- dásně stlačují dvorec a bradavka se protahuje směrem k zadní části dutiny ústní dítěte
- tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce

- vlnovitý pohyb jazyka zředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte
- tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány
- vytlačené mléko pak dítě polkne



Obr. č. 12 Správná technika sání

2.1.5 Odstříkávání mateřského mléka

Každá maminka by měla být seznámena, jak správně odstříkávat mléko. Správná technika odstříkávání má co nejvíce napodobit přirozené sání dítětem, proto se odstříkávání rukou dává přednost.

Mléko je nutné odstříkat:

- při oddělení matky a dítěte
- při nadbytku mléka
- při retenci (zadržování) mléka
- pro vytvarování bradavky s dvorcem

Odstříkávání rukou

příprava:

- vyvařená nádoba na odstříkané mléko dostatečně širokém průměru na odstříkané mléko
- důkladně umyté ruce
- přiložení teplého vlhkého obkladu na prsa či nahřátí ve sprše
- krouživé masáže rukou od základu prsu směrem k bradavce k povzbuzení vypuzovacího reflexu
- masáž zakončíme jemným vyklepáváním v předklonu

postup: (viz příloha č. 3)

- špičku palce položit nad dvorec a špičku ukazováku pod dvorec tak, aby prsty tvořily písmeno C
- prsty a bradavka musí být v jedné linii
- zbývajícími prsty a dlaní přitisknout celý prs k hrudníku
- rytmicky stlačovat bradavku až mléko začne odkapávat
- tento trojdobý pohyb opakovat a měnit pozice prsů na dvorci
- prsty nesmějí bradavku vytahovat dopředu a nesmějí opouštět kůži, aby se neodřela
- příliš nalitý nebo veliký prs podložit dlaní druhé ruky
- doba odstříkávání se doporučuje okolo 20-30 minut, prsy se musí několikrát vystřídat

Odstríkávaní odsávačkou

příprava a postup:

- vsterilizovaná odsávačka
- správné přiložení odsávačky, nesmí být poškozena bradavka
- při odsávání se předklonit, aby se mléko nevracelo
- 2 typy odsávaček: elektrická a ruční

Odstríkávaní mléka pro nedonošené děti

V prvních týdnech po narození nedonošeného dítěte je nejvhodnější elektrická odsávačka, odsávající mléko z obou prsů současně. Tento typ odsávačky je nejúčinnější pro stimulaci prolaktinu. Získá se tak nejvíce mléka. V prvních dvou týdnech po porodu by se mělo odsávat velmi často, 8-10x denně. Množství odsátého mléka se mění od několika kapek po 30 ml a více. Po nalití prsů by měla matka při každém odsávání odsávat tak dlouho, dokud mléko teče, a ještě pak 1-2 minuty (poslední kapky obsahují velké množství tuku). Obecně se říká, že by odsávání nemělo přesáhnout dobu 30 minut.

Pro další zvýšení tvorby mléka se doporučuje, aby maminka trávila co nejvíce času na novorozeneckém oddělení v prvních dnech života. Má mít možnost odsávat mléko před inkubátorem nebo postýlkou dítěte a mít možnost dítě si pochovat a být s ním v kontaktu kůži na kůži.

Zásady pro uchování mateřského mléka:

- v lednici 24 hodin
- v mrazničce při $-18\text{ }^{\circ}\text{C}$ po dobu 3 měsíců
- čistá uzavíratelná nádoba
- slévat jednotlivé dávky odstříkaného mléka až po vychladnutí
- rozmrazit zmrazené mléko při pokojové teplotě
- ohřívat pomalu studené mléko v teplé vodě
- neohřívat mléko v mikrovlnné troubě
- rozmrazené mléko nesmí být znovu zamrazeno

2.1.6 Alternativní způsoby krmení

Musí-li být dítě příkrmováno, je dobré využít některý z alternativních způsobů krmení. Pro zachování úspěšného kojení nemá být dítě dokrmováno z láhve. Sání z láhve a prsu je odlišné. Saje-li dítě oběma způsoby, bývá to pro něj velmi matoucí. Sání z láhve je jednodušší, a proto dítě dává tomuto pití přednost.

Druhy alternativního krmení (viz příloha č. 2)

- krmení lžičkou
- krmení kapátkem nebo stříkačkou
- krmení z kádinky nebo hrníčku
- krmení po prstu
- krmení pomocí cévky (suplementoru)

2.2 Historie kojení

2.2.1 Vývoj názorů na kojení v průběhu času

Přibližně 200 milionů let se v říši savců vyvíjela výživa kojením. Myšlenka nenahraditelnosti mateřského mléka se zdůrazňovala po celou dobu historie lidstva. I když se v několika obdobích objevuje postava kojné, stále je zdůrazňován význam a důležitost mateřského mléka.

Starověk

Mateřské mléko bylo jedinou šancí na život. Skutečnost, že kojící matka musela mít dostatek mateřského mléka, potvrzují archeologické nálezy z doby kamenné. Ženské modly, bohyně plodnosti a hojnosti jsou znázorněny s ohromně velikými prsy a s mohutnými hýžděmi. U nás tento fakt potvrzuje Věstonická Venuše. Ve starém Egyptě byla bohyní matkou bohyně Isis. Její mléko zaručovalo nesmrtelnost. Kromě nesmrtelnosti byla mateřskému mléku v Egyptě ještě připisována léčivá moc. Důkazem jsou zachovalé papyry s léčebnými procedurami. Ve starověkém Řecku se objevuje bohyně hojnosti - Artemis z Efezu. Měla mnohočetné prsy po celém těle. I zde platil mýtus, že smrtelníci se mohou stát bohy, a tím nesmrtelnými, odkojí-li je bohyně.

Informace o tom, že ne všechny matky kojily své děti, se dozvídáme ze zchovalých pramenů Řeků, Římanů, Egyptanů, Peršanů a Indů. Nejčastěji nekojily zámožné ženy z patricijských rodin ze společenských důvodů a obav ze ztráty pevného poprsí. Objevily se první kojné a byl zaveden systém kojných z řad otrokyň. Soranos z Efezu (2. stol. př. n. l.) zpracoval přísné podmínky pro jejich přijetí. Jaká měla být kojící otrokyně? Měla být krásná, ideální věk byl 20 – 25 let. Její prsy měly být pevné, středně velké s růžovými bradavkami. Další podmínkou bylo, že musela mít odkojeny 2 - 3 vlastní zdravé děti a současně nesměla být těhotná. Byl kladen důraz na jejich čistotu, klidnou povahu. Musely být duševně a fyzicky v pohodě. Byla přesně doporučována fyzická aktivita (např. házení míčem, hnětení těsta na chleba). Přísná byla i dieta určená kojným. Měly se vyhýbat cibuli, česneku, ostrým kořením a naopak upřednostňovat holoubata, kuřata, ryby. Jejich mléko muselo být bílé, příjemné vůně. Soranos byl přesvědčen o škodlivosti mleziva po dobu tří týdnů. Soranos přinesl vhodný způsob držení novorozence v náručí kojné, vhodné doby kojení, těsný kontakt s matkou v jedné místnosti, na noc ukládat dítě do vlastní postýlky. Pro jistotu Soranos radil mít ještě jednu kojnou v rezervě. Často nastávaly situace, kdy samotná kojná měla málo mléka. Kojné tento problém řešily vzájemnou výpomocí nebo podávaly kravské mléko či dokonce kozí mléko oslazené medem. Děti, které byly takto krmeny, většinou umíraly. Proto mnoho moudrých, např. Démosthénes, Aristoteles, Galénos, Tacitus, radilo dávat novorozencům ihned po porodu mléko vlastní matky.

Středověk

I ve středověku bylo kojení doporučováno, ale bylo spojeno s křesťanskou ideologií. Jeho symbolem byla křesťanská madona s dítětem. Její mateřství bylo zahaleno oparem posvátnosti. Středověká madona se stala vzorem ženského božství a mateřství. Odkojila Ježíše, a proto církev podporuje kojení. Doporučuje se, aby byl novorozenec kojen vlastní matkou. Stále se pochybuje o významu mleziva. Objevil se i názor o jeho škodlivosti a doporučovalo se dát vysát mladým psem.

V renesanci se ideál nader neměnil. Nadále se požadovala jejich drobnost, kulatost, ale také tvrdost a pevnost. Změna ale přišla. Renesance prsy odhalila a tato skutečnost se nelíbila církvi a řadě učených. Urozené dámy tyto morální zásady respektovaly, a tak své poprsí zahalily průsvitným závojem. Stejně jako ve starověku i ony měly strach ze změn svého poprsí kojením, a tak dítě předaly kojným. Pro činnost kojných se rozhodovaly ze sociálních důvodů ženy, které nemohly uživit svoje vlastní děti. Kojné byly v této době dobře placeny. A jaké požadavky byly kladeny na osobu kojné v této době? Nyní se hledaly naopak méně vzhledné ženy, aby se do nich otec dítěte nezamiloval. Kojná bydlela společně s rodinou. Svoje vlastní dítě dávala na vychování na venkov ve věku kolem 18. měsíce. Psychicky velmi strádala. Docházelo k tomu, že postupně ztrácela vztah ke svému vlastnímu dítěti a naopak narůstala silná vazba ke svěřenému dítěti. Svěřené dítě kojila obvykle dva roky a pak často zůstávala v rodině jako chůva nebo služebná. Tento systém přísně odsuzoval Erasmus Rotterdamský, J. A. Komenský, J. J. Rousseau .

V kojení sehrály svoji roli i nalezince vznikající při kláštorech. První se objevil v roce 1787 v Miláně. Fortna milosrdných, tak byly pojmenovány vstupní dveře kláštera, opatřené okénkem s otáčecím zařízením. Chudé, osamocené ženy zde mohly svoje dítě odložit, zazvonit a odejít. Často ale v nalezincích nacházely místo zdravé, těhotné ženy. Ihned po porodu byly přijímány jako pomocnice a kojné. Kojily kromě svého vlastního dítěte také opuštěné děti (23).

Novověk

18. století

Z předchozích informací je patrné, že do 16. století byla otázka kojné výsadou aristokracie, v 17. století se kojná objevuje i u buržoazie. V 18. století se postupně

stávalo obvyklejším, že dítě bylo na první roky svého života kojné předáno za úplatu na venkov. Rodiče jej vidali jen na sporadických návštěvách. S tím se ale objevuje citová a postojová distance vůči dětem. Především ve vyšších kruzích se objevil tento odstup - vyjadřovat vroucí vztah k dětem se považovalo za nevkusné. U tzv. nižších vrstev se cit pravděpodobně projevoval, ale různě kolísal. Soudí se, že příčinou odstupu byla i vysoká úmrtnost dětí. Podle informací se druhého roku života dožívaly jen dvě třetiny dětí. V dobách epidemií a jiných pohrom ještě méně. Distance umožňovala rodičům lépe snášet smrt svých dětí. Byla jakýmsi mechanismem psychické obrany. Čím méně mám své dítě rád, čím méně ho vidím, čím méně se jím zabývám, tím lépe jeho smrt unesu. Pokud to tak opravdu bylo, pak řešení odložit dítě na venkov vytvářelo začarovaný bludný kruh dalšího zhoršování situace. Šance na přežití se dále podstatně snižovala. Roli sehrálo citové strádání, ale také úroveň celkové péče. Záleželo na majetnosti rodičů, jaké podmínky si mohli pro své dítě koupit. Často kojná, aby co nejvíce vydělala, brala si do péče děti dvě. K nim měla ještě vlastní dítě. Nedostatek mateřského mléka nahrazovala ve vodě vařenou řídkou kaší nebo mlékem kravským a kozím. Hygienické podmínky byly často děsivé. Je nutné ale říci, že existovaly i kojné, které vyvinuly ke svěřenému dítěti vroucí cit jako ke vlastnímu dítěti (7).

V posledních letech 18. století (ve znamení francouzské revoluce) nastal velký obrat ke kojení vlastní matkou. Ženám bylo doporučováno kojit své děti, aby šlechteté a vojenské vlastnosti mohly proudit mlékem do srdcí všech kojenců. Jako osoby sociálně podvrtné byly nazývány ženy odmítající kojení. Tak postupně klesal počet dětí posílaných na venkov ke kojným. Vláda se snažila kojící ženy podporovat státní podporou. Nekoující ženy na tuto podporou nárok neměly. Změna nastala i v nalezincích. Tady bylo možné již dítě odložit legálně a kojné zde již byly soustředěny a registrovány.

19. století

V 19. století se do popředí dění v Evropě dostala Anglie. V čele stála královna Viktorie a jejích 9 dětí. V této době bylo vyzdvihováno kojení vlastní matkou. Tento trend se velmi rychle rozšířil od Londýna až do daleké Rusi. I zde carevna Alexandra kojila své dítě. Horlivou propagátorkou kojení byla německá císařovna Augusta Viktorie. Měla celkem sedm dětí.

Nepříliš dobrým pro kojení byl Pasterův objev. Ohřevem mléka na správnou teplotu a následným zchlazením se mléko stávalo méně závadným. Tak postupně došlo k rozvoji umělé výživy. Krmení z láhve se stalo módou. Naopak kojení začalo ustupovat do pozadí.

První recepturu umělé výživy je možné najít v knize: „Umění babické“ od A. Jungmanna z roku 1814. Jednalo se o výrobu syrovátky pro novorozence. Dávala se novorozencům v prvních dnech po porodu, pokud matka neměla mléko.

Počátky 20. století

Umělá výživa měla u nás uplatnění již v době před 1. světovou válkou. Příprava umělé výživy byla velmi složitá a náročná na dodržování pravidel sterility, především kojeneckých saviček a lahviček. Kojenci velmi často trpěli těžkou poruchou zažívacího traktu. Kojenecká úmrtnost ve spojení s výživou byla vysoká, 10 – 20 dětí na 100 živě narozených.

Podrobné receptury umělé výživy jsou shrnuty v první české učebnici pediatrie: „Dětské choroby“ akademika O. Teyschla z roku 1931. Jednalo se o receptury kojenecké výživy z kravského mléka. Muselo být bakteriologicky nezávadné. Proto se svařovalo, později pasterizovalo a současně ředilo. Kravské mléko se upravovalo nejen ředěním, ale také okyselením. Okyselení se provádělo 2 způsoby: biologicky- kyselinou mléčnou (ta se uvolňuje působením bakterií mléčného kvašení) nebo chemicky- přímým dodáním kyseliny mléčné nebo citronové (ze šťávy čerstvých pomerančů nebo citrónů). Okyselená mléka mají v umělé výživě nejdelší tradici.

Krmení z láhve umělou výživou se začalo ujímat a stávat velmi moderním v zámožných rodinách. Objevují se tzv. bony, které byly vyškoleny pro přípravu této výživy a v ošetřovatelské technice (23).

Rok 1928

Jaké rady a poučení najdeme v této době? Výživa mateřským mlékem byla považována nadále za nejlepší a nejvhodnější výživu dítěte v prvním roce života. Pro podporu sekrece mléka se doporučovalo přikládat dítě ihned 24 hodin po porodu v pravidelných 3 hodinových intervalech k prsu. Před přiložením k prsu si matka omyla bradavky borovou vodou. U vpadlých bradavek se doporučovalo již v těhotenství povytahování bradavek pomocí Bierova kloboučku. Pokud ani toto nebylo účelné,

přikládal se klobouček se skleněným násadcem a gumovým cucáčkem. Zdůrazňovalo se, že sekreci mléka podporuje spolehlivě jedině sání dítěte a řádné vyprazdňování prsu. Žena měla při kojení dostatečně pít (asi 1 a 1/2 litru tekutin denně). Ve stravě se měla vyhýbat kořeněným jídlům a těžším alkoholickým nápojům. Ještě se objevily návody na výběr kojné. Ve výběru kojné rozhodovalo její zdraví a zdraví jejího dítěte. Musela být vyšetřena ohledně lues, TBC. Nemělo se zapomenout na gonorheu a nakažlivé choroby kožní. Muselo být také prohlédnuto vlastní dítě kojné. Kojné měly být přijímány až po 3. měsíci, kdy by se již pravděpodobně objevily příznaky luetické u vlastního dítěte kojné. Na druhou stranu bylo nutné, aby dítě, které mělo býti kojeno, bylo bez lues. Další podmínkou bylo, aby kojná měla dostatek mléka. Doporučovalo se sledovat 2-3 dny váhu dítěte před kojením a po kojení.

První den po porodu se podávalo dítěti jen několik lžiček slazeného čaje ve slaboučkém nálevu. Druhý den se dítě přikládalo k prsu 4-5x, ale mohlo i vícekrát. Stejně tak 3. den. Od 4. dne se začínalo s pravidelným kojením. Dítě se přikládalo pravidelně po 3 hodinách, s výjimkou jednoho pití v noci, s přestávkou tedy šesti hodinovou. Celkový počet kojení byl 7x za 24 hodin. Pokud dítě vypilo mléka málo, mohl se interval zkrátit na dvě a půl hodiny. Takový byl rok 1928 (1).

Rok 1937

Informace o kojení v této době najdeme v příručce: „Rady mladým maminkám“ od firmy Nestle. Za mateřské mléko není rovnocenné náhrady. Pokud nestačilo mateřské mléko nebo trávila matka většinu dne mimo domov, měla alespoň 1-2x denně dítě přiložit k prsu.

Jak měla maminka o prsy pečovat? Pro posílení prsou a připravení bradavky na kojení se doporučovalo nejméně tři měsíce před porodem omývat prsy denně hrubou žínkou ve vodě (v létě ve studené, v zimě ve vlažné). Poté dobře osušit. Po porodu se prsy omývaly pravidelně před a po kojení svařenou vodou. Přikládat dítě k prsu se mělo denně 5-7krát, vždy po 3 až 4 hodinách. Kojenec neměl zůstat u prsu matky déle jak 15-20 minut.

Rok 1947

A jaké myšlenky se objevovaly o deset let později, v roce 1947? Maminky v tomto období dostávaly příručku Ministerstva zdravotnictví: „Do prvních dnů života“.

V nich byla zdůrazňována nenahraditelnost mateřského mléka. Bylo potravou i lékem. Mateřské mléko bylo označeno jako naprosto čisté, neboť teče přímo z prsu. Bylo přiměřeně teplé do dětských úst a snadno stravitelné, obsahovalo všechny výživné látky, potřebné pro děťátko. Chránilo dítě před nemocemi pro svůj obsah vitamínů. Zabraňovalo nebezpečným zažívacím obtížím a bylo spolehlivým základem zdravého růstu a vývoje. Opět se doporučovalo přiložit dítě k prsu již první den, nejdéle do 24 hodin. Před kojením si měla matka otřít prs vatou, namočenou v borové vodě. Nadále se doporučovalo přikládat dítě k prsu každé tři hodiny s šestihodinovou noční přestávkou, tedy sedmkrát za 24 hodin.

Při kojení se měly maminky řídit dle osvědčených lékařských rad:

- Kojit pravidelně podle hodin. Pravidelnost je podmínkou tělesného a duševního zdraví matky a dítěte.
- Kojit vždy z jednoho prsu. Při příštím kojení pak z druhého, aby dítě prs dokonale vyprázdnilo. Poslední mléko je nejučinnější.
- Nekojit déle než 15 – 20 minut. V prvních 10 minutách vypije dítě nejvíce. Kojení po 20 minutách unavuje matku a škodí prsu.
- Usíná-li dítě při kojení nebo nechce-li sát, má maminka navštívit poradnu. Lékař jí poradí.
- Pozor na rýmu! Maminka má dítě chránit před nákazou tak, že se před nos a ústa uváže šátek s nepromokavou vložkou.
- Kojení při menstruaci neškodí dítěti ani matce.
- Nepít lihové nápoje. Lih z těchto nápojů se dostane do krve a tím i do mléka. Ohroženo je dítě. Může být porušena i mozková tkáň.
- Nekouřit! Dítě se odvrací od tabákového pachu, odpírá pít a může být vážně poškozeno na zdraví.
- Maminky se mají snažit, aby se dítě obešlo bez dudlíku.
- Ani nejlépe řízená umělá výživa nedosáhne hodnoty mateřského mléka.

50. léta 20. stol. a rozmach umělé výživy

V druhé polovině 20. století se kojení dostalo postupně do pozadí. Objevila se sušená mléka firmy Nestlé, dovážená ze Švýcarska. Byla to sušená okyselená mléka Eledon (podmáslí určené pro novorozence) a Pelargon (mléko pro kojence do jednoho

roku). U nás se začala vyrábět koncem 50. let, nazývala se: Lakton a Relakton. Maminky získávaly tato mléka na recept zdarma. Později se u nás vyvinul Sunar (sušené národní plnotučné mléko), Evico (sušené dietní polotučné mléko) a Sunarka (sucharová kaše). V 60. letech 20. století došlo ještě k zdokonalení umělé výživy. Začal se vyrábět Feminar. Jednalo se o výrobu humanizovaného, adaptovaného a fortifikovaného mléka. Na jeho zavedení a propagaci se podílela činnost kojeneckých poraden, cenová dostupnost a účinně vedená reklama.

Placená mateřská dovolená byla jen čtyři měsíce. Ani prodloužení placené mateřské dovolené na dobu šesti měsíců a následná možnost neplacené mateřské dovolené do jednoho roku dítěte nemohla kojení příliš pozitivně ovlivnit. Vedla umělá výživa. V této době se prosazoval názor, že se nic neděje, pokud matka nekojí. Máme výbornou kojeneckou výživu. Byly spokojeny matky a většina zdravotníků. Takovým zastáncem umělé výživy se stal i prof. Švejcar. Avšak na konci svého života svůj postoj k umělé výživě změnil. Za své názory se veřejně omluvil. Pak se stal horlivým propagátorem kojení.

Dalším problémem, který si v té době nikdo ještě neuvědomoval, byl 1. leden 1952. V rámci sjednoceného zdravotnictví byly zrušeny domácí porody a zavedeno ústavní porodnictví. Došlo k oddělení matky a dítěte. Matka byla po porodu umístěna na oddělení šestinedělí, dítě na novorozenecké oddělení. K matce bylo přivázeno pouze ke kojení v přesně určených intervalech.

Proti oddělenému způsobu péče o novorozence a pozdnímu zahájení výživy vznikly oprávněné námitky, které vyslovili fyziologové. Ještě v šedesátých letech zastávali pediatrii názor dodržovat hladovou pauzu prvních 24 hodin po narození, u nedonošených dokonce 48 hodinovou. Tuto pauzu se snažili pediatrii překlenout volnou nabídkou 5% roztoku glukózy všem nápadně křičícím, ale i spavým novorozencům. Zpočátku z kojenecké láhve savičkou, později kávovou lžičkou. Praxe ale ukázala, že podávání glukózy problém nevyřeší. Nadále se mohlo pozorovat, že po fyziologickém porodu většinou čilý novorozenec, který hlasitě mlaská a dumlá si své pěstičky, se během kratší či delší doby promění v hlasitě křičícího. Dříve nebo později se však unaví a stává se nápadně apatickým. Po 24 hodinách, kdy jej přikládáme poprvé k prsu se již obvykle líně přisává. A často při kojení usíná. Matka nebo sestra ho probouzí. Na chvíli ho probudí, děťátko si několikrát zadumlá a zase usíná. Zpravidla třetí den po porodu, kdy má matka již nalité prsy, jde sání z takového prsu velmi

obtížně. Matku prsy více bolí, tvrdnou. Hladem unavený novorozenec z tvrdého prsu nesaje, ubývá na váze. Z pusinky je mu cítit aceton, který je známkou metabolické acidózy, způsobené odbouráváním tukových rezerv. Jeho hmotnost dále klesá. Všechny tyto okolnosti zhoršují stav rodičky a nepřímo i dítěte. Za těchto okolností dochází někdy k horečnatému stavu z retence mléka. Fyziologický úbytek na váze u novorozenců byl překročen. A dochází k dalšímu pochybení. Místo aby se dbalo o řádné vyprázdnění prsu, začalo se s dokrmováním většinou pomocí savičky. Dítě bylo skoro odstaveno a nebylo výjimkou, že matka přicházela domů z porodnice s krabicí Feminaru.

Postupně se ale situace zlepšovala. Pediatři začali uznávat poznatky o biologické a imunologické hodnotě mateřského mléka, především kolostra. Ukázalo se, jak je důležité a nenahraditelné. Na většině novorozeneckých oddělení se snažili přikládat novorozence k prsu matky za dvanáct hodin, později i šest hodin, někde ihned po porodu. Většina pediatrů na základě vlastní klinické praxe uznala, že častějším přiložením k prsu se novorozenec učí rychleji sát a komplikace kojení jsou menší.

Nadále ale matky v porodnicích zůstávaly odděleny od svých dětí. Společně byly jen po dobu kojení šestkrát denně 20-30 minut. To znamená asi 2-3 hodiny za den. Přístup na novorozenecké oddělení byl matkám zakázán. Matce bylo dítě pečlivě zabalené ukázáno po porodu. Pak ho viděla při kojení. Rozbalit a přebalit nebo vykoupat ho mohla až po propuštění domů. Se svým dítětem, jeho denním režimem se matka seznamovala až po příchodu domů. Odloučení od dítěte její mateřství neposiluje a nevede k rychle nastupující laktaci. Matka, která své dítě vidí, má také větší vůli kojit. Z výzkumů zoologických a antropologických vyplývá, že mateřské pocity se sice vytvářejí již před porodem a rozvíjejí se v prvních hodinách po porodu, ale zacházet s dítětem se matky musí naučit. Stejně jako se musí naučit pod odborným pohledem zdravotníků kojit. Každé dítě má svůj vlastní rytmus, podle kterého přijímá potravu. Většinou to bývá v rozmezí 2 – 4 hodin. Ale tento interval může být i kratší nebo nepravidelný. Také se často mění v průběhu jednotlivých měsíců života dítěte. V porodnicích se děti přivázely ke kojení maminkám v přesně stanovených časech. Dodržovala se noční přestávka. Pro děti to bylo nefyziologické (24).

Pokud si to představíme a srovnáme se současností, připadá nám to hrozné. Ale stačí vidět v televizi nějaký český film ze 70.–80. let 20. století. Uvidíme maminky vzorně připravené a čekající na dlouhý vozík, kde je jejich miminko. Mají přesně

určenou dobu na kojení. Je to jediná doba, kdy mají možnost vidět a seznámit se se svým dítětem.

Proti tomuto oddělenému systému se objevovaly námitky - oprávněné. Dítě má dostat čas na kojení, jaký potřebuje. Matka potřebuje své dítě poznat, sledovat ho, porozumět. To může udělat jedině tak, že bude neustále s ním, v jeho blízkosti. Proto se ve zdravotnický nejvyspělejších státech objevují tendence začít první dny života dítěte v úzkém kontaktu, v tzv. rooming-in systému. Jedná se o název pro umístění zdravé matky - šestinedělky a fyziologického novorozence na jednom pokoji v bezprostřední vzájemné blízkosti. Systém rooming-in přináší možnost včasného zahájení kojení podle potřeby a požadavků dítěte. Maminky mají možnost získat znalosti a dovednosti v ošetřování a péči o dítě. Je stimulován duševní vývoj dítěte, vyvíjí se imunologická symbióza matky a jejího dítěte.

Současnost a kojení

Pohled na statistické tabulky u nás je radostný. Přibývá u nás počet kojených dětí a také současně narůstá délka kojení. Postoj ke kojení ovlivňuje několik pozitivních a několik negativních faktorů.

2.2.2 Výhody kojení pro dítě

Výživa kojence

Mateřské mléko je tekutina komplexní. Složení mateřského mléka se mění v průběhu kojení, ale i celého laktačního období v závislosti na aktuálních výživových potřebách dítěte. Je přirozeným a ničím nahraditelným způsobem výživy.

Imunologická ochrana

Mateřské mléko chrání před infekcemi pro obsah složek s bakteriostatickým, bakteriocidním a protizánětlivým účinkem (lyzozym, laktoferin, leukocyty, IgA). Kojené děti mají nižší počet infekcí trávicího ústrojí, dýchacího ústrojí a zánětů středouší.

Prevence některých onemocnění

Mateřské mléko obsahuje protilátky, vytváří optimální střevní mikroflóru. Chrání před potravinovými alergiemi, před vyšším výskytem respiračních a kožních alergií. Také je prevencí obezity. Je známo, že kojené děti se méně často stávají v pozdějším věku obézními. Předpokládá se, že si dítě odejme z prsu pouze takové množství mléka, které skutečně potřebuje, což se vždy nepředpokládá při krmení z láhve. U kojenných dětí byl zjištěn nižší výskyt syndromu náhlého úmrtí dítěte. Kojením se snižuje pravděpodobnost vzniku diabetu a aterosklerózy.

Vliv na psychiku dítěte

Díky kojení se vytváří velmi silné citové pouto mezi matkou a dítětem nezbytné pro další psychický a sociální vývoj dítěte. Vzniká jejich vzájemná harmonie. U kojenných dětí byl zjištěn lepší psychomotorický vývoj a vyšší intelekt.

2.2.3 Výhody kojení pro matku

Kojení podporuje duševní zdraví. Zvyšuje citové pouto k novorozenci a napomáhá udržet psychickou pohodu kojící ženy. Kojení urychluje regeneraci porodních cest a snižuje krvácení (účinek oxytocinu). Vznikají menší krevní ztráty po porodu, a tím dochází k menším ztrátám železa. Kojení snižuje riziko vzniku rakoviny prsu a vaječníků. Laktace, která trvá déle než 3 měsíce, lehce snižuje riziko premenopauzálního karcinomu prsu. Při posuzování vlivu délky laktace a rizika karcinomu prsu (premenopauzálního) bylo nalezeno snížení relativního rizika přibližně o 20 % při délce kojení minimálně jeden rok. Laktace chrání do značné míry před dalším těhotenstvím. Musí být splněno několik podmínek. Laktační amenorea snižuje ztráty krve. Kojící ženy rychleji dosáhnou tělesné hmotnosti, kterou měly před graviditou. Výhodou kojení je okamžitá dostupnost. Mateřské mléko má ihned vhodnou teplotu. Kojení je pohodlnější a levnější než příprava umělé výživy. Stále významnějšími se pro rodinu stávají ekonomické aspekty kojení.

2.2.4 Statistický přehled vývoje kojení v současnosti v České republice

Tyto statistické přehledy vytvořil Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v Praze. Byl sledován vývoj struktury dětí podle délky kojení v letech 1998-2005 a vývoj struktury dětí plně kojených podle délky kojení v letech 1992-2005.

Vývoj struktury dětí podle délky kojení v letech 1998-2005 (viz příloha č. 5)

Doba kojení je rozdělena do 5 skupin: nekojené děti, kojení do 6 týdnů, kojení od 6 týdnů do 2 měsíců, kojení 3-5 měsíců a kojení 6 měsíců a déle.

Z grafu jasně vyplývá, že v průběhu let 1998-2005 lineárně ubylo procento dětí kojených do 6 týdnů a procento dětí kojených od 6 týdnů do 2 měsíců. Naopak narostlo procento dětí kojených od 3-5 měsíce a velmi výrazně stoupl procento dětí kojených 6 měsíců a déle. Toto číslo se dokonce zdvojnásobilo.

Počet nekojených dětí lehce klesl, od roku 2001 se držel okolo průměru 4,5 %.

Vývoj struktury dětí podle délky kojení - plně kojené děti v letech 1992-2005

Doba kojení je v tomto grafu rozdělena na tři časová rozmezí: do 6 týdnů, 6 týdnů až 6 měsíců a 6 měsíců a déle.

Skupina plně kojených dětí do 6 týdnů postupně klesala z poměru 54,5 % na 19,8 % plně kojených dětí. Počet dětí plně kojených v časovém rozmezí 6 týdnů až 6 měsíců postupně narostl z poměru 31,1 % na 46,5 %.

Zvláštní vývoj se dá vyzorovat u časového rozmezí 6 měsíců a déle. V roce 1992 byl počet těchto dětí 14,6 %. Náhle se v letech 1993-1998 snížil na polovinu. Změna nastala až v roce 1999, kdy se počet dětí dostal na 14,7 %. Od roku 1999 je vidět výrazné lineární stoupaní počtu dětí plně kojených 6 měsíců a déle. Počet plně kojených dětí se zastavil na 33,7 %. Nabízí se otázka, proč došlo k tak výraznému poklesu plně kojených dětí v letech 1993-1998? Částečně by se tato skutečnost dala vysvětlit změnou shromáždění SZO v květnu roku 1996, kdy bylo prodlouženo doporučení výlučného kojení na dobu 6 měsíců, a dále bylo doporučeno kojit s doplňkovou výživou od 6 měsíců do 2 let.

Shrnutí

Z těchto statistických přehledů jasně vyplývá, že se u nás v České republice zmenšuje počet dětí kojených kratší dobu (asi do 2. měsíce) a naopak přibývá dětí kojených déle (od 3. měsíce výše).

Porovnáme-li výsledky těchto statistických přehledů a výsledků naší práce, je vidět, že celková doba kojení dětí má tendenci se neustále prodlužovat. V naší studii byla průměrná doba kojení již 12,3 měsíce. Bude-li takto vývoj kojení v České republice pokračovat, můžeme se radovat.

2.3 Psychologie kojení

2.3.1 Psychika a osobnost matky

Matka je nejdůležitější osobou pro dítě a pro kojení. Díky kojení dochází k nejdůvěrnějšímu vztahu mezi dítětem a matkou. Vzájemně se vytváří silné citové vazby. Kojení oběma přináší příjemné prožitky. Matka radostně prožívá své úspěchy v kojení.

V posledních letech je u nás zdůrazňován holistický přístup k člověku (pacientovi). Potvrzuje se, že úspěšnost kojení je také závislá na celkovém zdravotním stavu ženy. Celkový zdravotní stav matky je ovlivněn tělesným zdravím ženy (celkový stav organismu, akutní či chronické onemocnění...), dále psychickým zdravím matky (ovlivněné vědomými psychickými procesy - prožíváním, emocemi, myšlením, pamětí, pozorností, ale i nevědomými psychickými procesy - potlačenými potřebami, pudy, instinkty) a v neposlední řadě také sociálním zdravím matky (partnerské vztahy, vztahy v rodině, ekonomická situace, komunikace a interakce lidí v okolí s matkou).

Každá tato oblast ovlivňuje nejen celkové zdraví matky, ale i úspěšnost či neúspěšnost kojení. Úspěšnost či neúspěšnost kojení naopak zpětně ovlivňuje celkové zdraví matky a jednotlivé oblasti zdraví.

Většina našich zdravotníků je stále zaměřena jen na tělesné zdraví ženy. Ostatní oblasti zdraví striktně oddělují, nebo daleko častěji je vůbec neberou v úvahu. Je nutné si uvědomit, že jednotlivé úrovně zdraví nelze oddělovat a starat se jen o některou úroveň zdraví.

Péče o tělo žen by měla být na vysoké odborné úrovni. Měla by využívat nejnovějších poznatků medicíny, ošetrovatelství a dalších oborů.

Psychickou pohodu, zdraví matky je nutné neustále sledovat. Vše, co žena prožívá, pociťuje, má vliv na její celkový stav. Pozitivní prožitky matky, jako je radost, štěstí, pocit bezpečí a důvěry, úspěch kojení podporují. Naopak negativní prožitky - nejistota, úzkost a strach - kojení ohrožují. Zejména maminky, prvorodičky, bývají po porodu plné obav o své dítě. Bojí se vlastní nezkušenosti, mají pocit, že to nezvládají, nestíhají. Často propadají neklidu. Je to zcela přirozená reakce. Můžeme maminkám pomoci tím, že pro ně připravíme klidné, ohleduplné, vstřícné a nápomocné prostředí. Velkou roli sehrává již personál v porodnici, dále rodina a samozřejmě svoji roli má i pediatr v poradnách. Jedině klidná, vyrovnaná maminka se může dobře starat o své dítě a laktace probíhá bez komplikací ke společné spokojenosti matky a dítěte. Když dítě přestane křičet, je laskáno, spokojeně pije a uvolní se v mateřské náruči, je to pro matku potvrzení, že situaci zvládá (12).

Sociální pohoda též hraje velkou roli. Celkové sociální zázemí ženy - partnerský vztah, rodinné zázemí, ekonomická situace, bytové poměry, celoživotně se vyvíjející postoje ke kojení, vztahy v širší rodině, komunikace zdravotníků s matkou, silně ovlivňují kojení.

Nesmíme zapomínat, že těhotenství, které předcházelo, přineslo ženě nové věci a zkušenosti. V těhotenství se často mění i temperament, žena se stává introvertnější. Bývá více soustředěná na své tělo, nenarozené dítě, svůj vnitřní stav. Výraznější posuny jsou pozorovány v míře emocionální lability - stability. Také se ženě otevírá nová sociální role, stává se matkou. Objevuje se pocitová ambivalence - střídá se radostná nálada, pocity štěstí se strachem, úzkostí. Úzkost bývá dána obavou o sebe, o své dítě, úzkostí z nezvládnutí rodičovské role. Nesmíme zapomínat, že se objevují změny sebevědomí. V těhotenství se ženě mění systém hodnot.

Všichni, kdo se o ženu během těhotenství, po porodu a v šestinedělí starají, by měli respektovat změny v psychice matky. Myslet na ně a podle toho k matce přistupovat a chovat se (2).

2.3.2 Komunikace s matkou

Matky často poukazují právě na špatnou komunikaci zdravotníků - verbální, ale i neverbální komunikaci. Zdravotníci si musejí uvědomit, že je tu matka a její dítě. Jsou ve velmi silné vazbě, vzájemně se ovlivňují. Matka intenzivně prožívá, co se děje s jejím dítětem.

Žena v této době potřebuje vhodnou verbální a neverbální komunikaci. Můžeme např. jmenovat dostatek slovních informací, pochvaly a povzbuzení za drobné pokroky v kojení, za snahu a vytrvalost, slovní posilování sebedůvěry matky v její schopnost kojit, dostatek času, empatie, vlídnosti, laskavosti, trpělivosti, klidného individuálního přístupu ke každé matce. Pro maminky je důležité nejen, co jim sdělujeme, ale také jak to říkáme. Zdravotníci na to musejí být připraveni a mít dostatečné vzdělání. Musejí myslet na to, že maminka prožívá velké změny. Potřebuje od okolí hodně vstřícnosti, porozumění, pohody, času a klidu v jednání. Není důležité pouze předat dostatek dobrých informací o kojení. Musíme je umět maminkám předat, názorně ukázat, vysvětlit, reagovat na problémy. Musíme si uvědomit všechny komunikační překážky, které mohou společnou komunikaci narušit či ohrozit.

2.3.3 Identifikace s ženskou rolí

Každá žena musí ve svém životě projít kritickými vývojovými etapami. Tato kritická vývojová období spadají částečně do oblasti biologické (skladba chromozómů, utváření pohlavních žláz, diferenciací zevního genitálu a diferenciací mozkových struktur) a částečně do oblasti sociální (určení matrikového pohlaví, rodinné prostředí, identifikace s vlastním pohlavím a rolí).

Vlastnosti psychiky a její rovnováha jsou v procesu identifikace závislé na schopnostech ženy reagovat na biologické a sociální změny v jejím životě. Úspěšnost či neúspěšnost adaptace na tyto změny následně formuje i psychiku.

Identifikace s ženskou rolí je proces, v němž žena přijímá fakt, že je ženou. Během tohoto procesu si má osvojit všechny sociální role, které s ženstvím souvisejí. Identifikace s ženskou rolí probíhá po celý život (2).

Identifikovat se s ženstvím předpokládá:

- spokojenost se vzhledem a funkcí svého těla
- přijímání prožitků, které ženské tělo přináší a jejich zvládnutí bez pocitů ukřivdění (menstruační potíže, porodní bolesti)
- osvojení a zvládnání sociálních rolí osobního života
- vytváření harmonických vztahů k partnerovi, dětem a dalším členům rodiny
- touhu po reprodukci
- potěšení z péče o narozené děti (2)

Identifikace s ženskou rolí se odráží na kvalitě rodiny. Rodina dává dítěti prostor k získání postojů, aktivit a především pro naučení se rolím osobního života. Ženskou rolí si dívka osvojuje přes citovou vazbu na matku a díky vztahu k otci se učí vztahu k opačnému pohlaví a budoucím partnerům (18).

2.3.4 Psychika a osobnost novorozence

Novorozenecké období trvá zhruba jeden měsíc. Pro novorozence to je doba adaptace na nové prostředí. Novorozenec je schopen reagovat pomocí reflexů a vrozených způsobů chování, které mu usnadňují přežití. Geneticky je disponován k poměrně dlouhému zrání a učení. Všechny projevy chování novorozence jsou závislé na jeho biorytmu. Ten je charakteristický krátkými časovými úseky bdění.

Novorozenec je vybaven reflexy, které mají různý význam. Některé slouží k jeho přežití, napomáhají primární orientaci na prostředí, jsou základem dalšího vývoje.

Vrozené způsoby chování nejsou na rozdíl od reflexů jednoznačně vázány na specifické podněty. Mají i sociální význam, navozují kontakt. Novorozenec je využívá k orientaci v prostředí a k účelnému ovládnutí tohoto prostředí ve prospěch uspokojení vlastních potřeb. Např. sání později neslouží jen k přijímání potravy, nýbrž dítě tímto způsobem zkoumá své nejbližší okolí a využívá je v kontaktu s matkou. Dá se říci, že kojení tak naplňuje dva základní okruhy psychických potřeb: potřebu variability prostředí a potřebu citové závislosti (14).

Významné je i učení. Rozvoj novorozence závisí na vývojově a individuálně přiměřeném přísunu podnětů. Učení je v raném věku spojeno se základními smyslovými informacemi. První zjevné projevy učení se objevují již ve 2.-5. dnu života.

Souvisejí s aktem krmení. Již takto malé dítě je schopné diferenciovat několik málo nejznámějších podnětů v okolí. Postupně se pod vlivem zkušeností mění i vrozené reflexní mechanismy. Dítě se např. chová rozdílně při sání z prsu a při krmení z láhve.

Z prenatálního období má novorozenec již zkušenosti v oblasti sluchového vnímání. Novorozenec dovede vnímat a rozlišovat doteky, teplotu a změnu polohy. Novorozenec má omezenou schopnost zrakového vnímání (25).

2.4 Překážky a faktory ovlivňující kojení

2.4.1 Omezení ze strany dítěte

Onemocnění dítěte:

- rozštěp rtu
- vrozené metabolické vady (galaktosémie, fenylketonurie, leucinóza)
- akutní onemocnění dítěte (rýma, akutní zánět středního ucha, průjem, zvracení)

Problémy, které mohou nastat u dítěte při samotném kojení:

- dítě pouští prs
- dítě odmítá prs
- dítě se špatně přisává

2.4.2 Omezení ze strany matky

Neinfekční onemocnění matky:

- psychózy, poporodní deprese
- diabetes
- epilepsie
- nemoci štítné žlázy
- nádorová onemocnění

- srdeční selhání, závažná onemocnění ledvin, jater, plic - kontraindikováno kojení
- stavy po operaci prsu, prsní implantáty

Infekční onemocnění matky:

- tuberkulóza
- běžné virové infekce a běžná onemocnění
- cytomegalie
- infekce virem herpes simplex
- virové záněty jater - hepatitida A, B, non A non B
- lymeská borelióza
- sexuálně přenosné choroby (trichomoniáza, syfilis, gonorea)
- toxoplasmóza
- mastitida
- infekce virem HIV

Problémy, které mohou nastat u matky při samotném kojení:

- Problémy s množstvím mléka
 - nadbytek mléka
 - nedostatek mléka
- Problémy s uvolňováním mléka
- Problémy s bradavkami
 - bradavky ploché, krátké a vpáčené
 - bradavky popraskané, bolestivé a ragády
- Problémy s prsy
 - bolestivé nalití prsů
 - ucpané mlékovody, retence mléka
 - mastitida
 - absces
 - přídatná žláza
 - stavy po operaci prsu, po zmenšovacích operacích, prsní implantáty

Prsní implantáty, operace, plastiky

Při rozdávání svých dotazníků jsem narazila na maminku dvouletého chlapce, která nekojila vůbec z důvodu prsních implantátů. Obávala se, aby kojením nedošlo k nějakým změnám tvaru prsů. Proto se rozhodla ihned po porodu zastavit laktaci. Zdravotnický personál v porodnici respektoval její rozhodnutí. Domnívám se, že u nás v současné době přibývá a bude přibývat žen s prsními implantáty. Zajímala jsem se, zda je možné po těchto výkonech kojit. Zda jsou ženy před provedením výkonu informovány o problémech, které mohou nastat při kojení. Tento problém je opravdu dost mladý, a tak i informace se teprve začínají postupně objevovat.

Situace, které mohou nastat:

- stavy po operaci prsu
- plastické operace prsu - zmenšovací operace
- implantáty v prsu - zvětšovací operace (augmentace)

Operace prsu

Po chirurgickém zákroku na prsu se objevuje bolest způsobená srůsty. Maminka si může stěžovat, že se v jednom z prsů přestalo tvořit mléko poté, co se po porodu prsy nalily. Často pak zjišťujeme jizvu na zevní části obvodu dvorce a v anamnéze se dozvídáme o biopsii prsu před těhotenstvím. Žena mívá na dvorci sníženou citlivost. Po porodu placenty se začalo tvořit mléko. Sání dítěte však nadále nepodněcovalo uvolnění hypofyzárních hormonů, protože nervové dráhy z prsu do mozku byly porušeny. Pokud byly porušeny i vývody, dítě nemůže mléko z prsu účinně vyprazdňovat. Nalítí prsu bez uvolnění a odtoku mléka je signálem, aby matčino tělo zastavilo v prsu tvorbu mléka. Matka se ale může naučit dobře kojit z druhého prsu, ve kterém jsou nervové dráhy a vývodný systém neporušeny.

Zmenšovací operace prsu

Kojit své dítě může žena po zmenšovací operaci prsou v případě, že v prsu zůstal dostatek žlázové tkáně a nervové dráhy z dvorce nebyly porušeny. Chirurg může zvolit

operační přístup, aby bradavka a vývody zůstaly neporušeny, pokud matka bude chtít v budoucích letech kojít. Situaci je nutné zhodnotit po vyzkoušení kojení.

Zvětšovací operace (augmentace)

Tato operace je doporučována ženám, u kterých dojde ke zmenšení soustavy prsní žlázy, např. po kojení. Optimální věkový limit operace není přesně určen. Závisí na ukončení vývoje prsních žláz, což nebývá před 16. rokem života. Je lepší dávat implantáty do prsou, která se již nebudou měnit kojením. Ale nevylučuje se provést operaci po 18. roce, před těhotenstvím. Ženy musejí počítat s tím, že laktací a těhotenstvím se velikost a kvalita prsní žlázy změní a pravděpodobně bude nutná reoperace. Prsní implantáty nemají vliv na plod a nejsou pro něj nebezpečné. Přítomnost implantátů nevylučuje schopnost kojení. Světová studie neprokázala zvýšený obsah silikonu v mateřském mléce.

Problémy s kojením u žen s implantáty bývají méně pravděpodobné, protože dvorec, bradavka, vývodný systém a žlázová tkáň nebyly poškozeny. Potíže, které se objevují, jsou častěji spojeny s vyprazdňováním, protože implantát může zabraňovat odtoku mléka z určitých částí prsu.

2.4.3 Léky a další rizika

Maminky v dnešní době dobře vědí o nebezpečí alkoholu, cigaret a drog pro jejich dítě. Také mají informace o nepříznivých účincích léků, které mohou být nebezpečné pro jejich dítě. Často se ale zbytečně obávají všech skupin léků.

Kojící maminky mívají velký strach z léků. Bojí se, aby neublížily svému dítěti. Dá se říci, že většina léků se do mateřského mléka dostává jen ve velmi malém množství. Obecně platí, že koncentrace léků je daleko nižší než v séru matky. Při nasazení léku není vždy nutné náhle ukončit kojení. Ale je velmi důležité, aby před nasazením jakéhokoliv léku maminka lékaře informovala o tom, že kojí.

Z pohledu rizik pro kojené dítě se dají léky rozdělit do následujících skupin:

- Léky, které jsou kompatibilní s kojením v obvyklých dávkách. Tyto léky jsou považovány za bezpečné. Nejsou u nich zjištěny žádné kontraindikace s kojením.
- Léky kompatibilní s kojením – s možnými vedlejšími účinky. Tyto léky mohou způsobit teoreticky vedlejší účinky, které však buď nebyly pozorovány, nebo byly pouze velice mírné.
- Léky, které je lépe nepodávat. U těchto léků se ví, že vyvolávají vedlejší účinky. Měly by se použít v případě, že je to nutné pro léčbu matky. Matka je poučena o nutnosti sledování svého dítěte. Jsou zajištěny řádné, časté kontroly matky i dítěte. V případě, že se vedlejší účinky objeví, musí být přerušeno užívání léku. Pokud není možné užívání léku přerušit, musí být přerušeno kojení a dítě musí být ^{čím dříve} uměle. Matka by měla být dostatečně poučena o možnosti udržet svoji laktaci odstříkáváním.
- Léky kontraindikované při kojení. Tyto léky se dostávají do mateřského mléka v množství nebezpečném pro dítě (20).

Alkohol

Kojící matka by neměla pravidelně a ve velkém množství užívat alkoholické nápoje. Obecně se snižuje schopnost matky dobře pečovat o svoje dítě a též alkohol zhoršuje prospívání dítěte. Příležitostné požití velmi malého množství alkoholu (2 dcl vína) dítě nepoškozuje.

Kofein

Kofein stimuluje centrální nervový systém. Mírné pití kávy (asi 1 káva denně) a nápojů obsahujících kofein dítě nepoškodí. Nadměrné pití kávy a nápojů s kofeinem způsobují neklid a nespavost dítěte. Nesmíme zapomenout, že i silný černý čaj má stejné účinky.

Nikotin

Nikotin se dostává do mateřského mléka. Mění chuť mateřského mléka, a proto dítě pak často prs odmítá. Bývá neklidné při kojení. Se stoupajícím množstvím cigaret narůstá riziko pro dítě. Často dochází ke zhoršenému uvolňování mléka z prsu.

Drogy

Jsou pro dítě velmi nebezpečné - přísně kontraindikovány. Také snižují sekreci prolaktinu. Způsobují špatnou matčinu péči o dítě.

Polychlorované bifenyly

Jedná se o cizorodé látky, které jsou v zevním prostředí značně chemicky stálé. Jejich zdroj: různé průmyslové výrobky a špatná likvidace jejich odpadů. Polychlorované bifenyly se stávají součástí potravinových řetězců a hromadí se v tukové tkáni. Kojícím matkám se nedoporučuje nadměrné snižování hmotnosti.

Obecné rady:

- užívat léky pouze v nutném případě
- před nasazením léku vždy lékaře seznámit se svým kojením
- léky užívat před nejdelší pauzou v kojení (to znamená vzít si lék ihned po kojení)
- je-li nutné přerušit kojení, musí být matka seznámena s možností o udržení laktace odstříkáváním
- vyhnout se v době kojení kouření, alkoholu, drogám (neměly by se objevit ani v době, kdy žena už nekojí)

2.4.4 Negativně ovlivňující faktory

U nás zatím, bohužel, neexistuje tradice kojení - přenos z matky na dceru. Bude to trvat celou generaci. V rodinách se často vyprávělo, jak si dítě v poválečné době ke kojení nosilo stoličku. Všem nám to připadalo velmi neuvěřitelné. Naproti tomu

moje generace, současné maminky, neví, zda vůbec byly kojeny. To potvrzují i výsledky naší práce.

Není u nás podpora ze strany pediatriů. Mají v ordinaci málo času, někteří nejsou nakloněni kojení. Osobně si myslím, že většina pediatriů je přesvědčena o významu kojení, ale mají málo času na řešení problémů kojení ve svých ordinacích. Často je pro ně rozhodující hlavně váhový přírůstek dítěte.

Stále jsou nedostatečné dovednosti a znalosti zdravotníků o kojení a stále chybí základní komunikační dovednosti. Situace se nyní na řadě pracovišť výrazně zlepšila a někde se stále mění díky zavádění celosvětové iniciativy SZO a UNICEF, tzv. Baby-Friendly Hospital. Problematika vzdělání by se mohla změnit v rámci zavedení celoživotního vzdělávání. Nejčastější problémy, které negativně ovlivňují kojení, jsou: novorozenec není včas přiložen k prsu matky, matky dostávají málo informací o kojení, podané informace jsou často zastaralé, objevují se nesprávné přístupy ke kojení ze strany zdravotníků, novorozenci jsou v porodnici přikrmováni z láhve, dostávají v porodnicích dudlík.

Velký negativní vliv má stále reklama - propagace umělé výživy. Na velké stránce reklamy na umělou výživu najdeme malinký odstaveček o významu kojení. Aby to nebylo málo, začínají se k této reklamě ještě přidávat fotky současných idolů. Oni také vyrostli na umělé výživě (viz příloha č. 6). V porodnicích se stále maminkám rozdávají balíčky, které obsahují vzorky umělé výživy, propagační letáky. Podle mého názoru především tisk, díky placené inzerci, přináší propagaci umělé výživy.

Je patrná stále malá reklama kojení. O velkou část propagace se významně stará několik organizací. Ale samozřejmě by bylo dobré zapojit více veškeré sdělovací prostředky, pojišťovny, dětské pediatriy, gynekology v ambulancích pro prenatální péči.

Společensky, ekonomicky je vztah ke kojení ovlivňován. Příkladem lze uvést dobu po válce, 60. – 70. léta 20. století (matky se brzy po porodu vrací do továren, děti jdou do jeslí). Za takové situace je těžké pokračovat v kojení. Je nutné najít podporu v sociální oblasti státu.

2.4.5 Pozitivně ovlivňující faktory

Věk matek u nás se stále zvyšuje v porovnání se 70.- 80. lety 20. století. Nyní prožívají mateřství silné 70. ročníky. Ženy v tomto věku jsou vyspělejší, nejsou tak ovlivnitelné reklamou, dítě je většinou plánované, chtějí mu dát to nejlepší.

Začíná se u nás slibně rýsovat velká osvěta, propagace kojení. Vznikají Baby - Friendly Hospital, laktační centra, mateřská centra, linky kojení. Objevují se laktační poradkyně, zlepšuje se postupně vzdělávání v oblasti kojení. Velkým pomocníkem je i internet, který je snadno dostupný a přináší maminkám také mnoho informací ke kojení.

2.4.6 Další faktory ovlivňující kojení

Porod císařským řezem

Na tuto situaci jsem při zhodnocování dotazníků narazila nejčastěji. Dítě bychom se měli snažit přiložit k prsu matky po císařském řezu co nejdříve. První den po operaci je možné dítě přikládat bez větší zátěže pro matku. Musíme využít vhodných, šetrných poloh pro matku. Také musíme respektovat druh anestézie (po svodné anestézii musí matka 24 hodin ležet v klidu). Kojení v této době je nejvíce závislé na dětských sestřích. V prvních dnech bývají matka a dítě odděleni. Maminky bývají většinou z operačního sálu převezeny na gynekologické oddělení. Zde většinou pobývají přibližně 2 dny. Novorozenec bývá umístěn na novorozeneckém oddělení. V tomto případě dětské sestry z velké části ovlivňují kojení. Záleží, jak často sestra dítě přinese matce ke kojení. Odráží se tu její individuální přístup ke kojení. Dále význam, který tato sestra kojení klade, a otázka času. Maminky se na své dítě velmi těší a za možnost kojení jsou velice vděčné. Kontakt s dítětem při kojení se velmi odráží v jejich psychice. Velmi se snaží, aby mohly být co nejdříve společně se svým děťátkem. Při spontánním porodu mají maminky větší možnost ovlivnit četnost kojení, většinou je dítě přiloženo k prsu matky hned na porodním sále a po převozu na pokoj mají dítě již u sebe.

Porod novorozence s nízkou porodní hmotností

I na tento problém jsem narazila při své práci. Rozhodující je opět přiložit dítě co nejdříve, jak to jeho zdravotní stav dovolí. Rozhoduje termolabilita novorozence, zralost, koordinace reflexů (dýchacích, polykacích). Využíváme vhodných poloh (držení tanečnicka a vzpřímená poloha). Pokus o kojení je možno provést kolem 30.-31. gestačního týdne, úspěchy se objevují od 32. týdne. Lepší je přejít ke kojení z výživy sondou. Kojení nedonošeného dítěte, staršího více než 34 týdnů, nebývá problémem. Neliší se ani technika kojení.

Kojení dvojčat

Ideální je, pokud matka kojí obě děti současně. Každé dítě by mělo mít svůj prs. Opět vybíráme nejvhodnější polohu. Kojí-li matka jen jedno dítě, vlivem ejekčního reflexu dochází k úniku části mléka z druhého prsu (12).

Zdravotníci se často mylně domnívají, že otázka kojení je spojena pouze s porodnicí. To je ale chyba. Je nutné seznámit maminky s významem, problematikou kojení již v prenatální péči. Mělo by se navázat na základní informace získané na základních školách a v rámci výchovy ve vlastní rodině.

3. Empirická část

3.1 Analýza a interpretace výsledků

Empirická část měla zjistit, jak současné ženy - matky hodnotí kojení svých dětí. Co je pro ně důležité, co je obtěžuje, kde čerpají informace ke kojení, přístup a podpora okolí ke kojícím ženám. Dalším úkolem empirické části bylo porovnat získané informace o kojení ve vztahu s identifikací s ženskou rolí.

Byly stanoveny následující hypotézy:

H 1 – Matky žijící ve městě kojí déle.

H 2 – Vzdělanější matky (SŠ, VŠ) kojí své děti déle.

H3 – Čím dříve je dítěti podán dudlík, tím dříve je kojení ukončeno.

H 4 – Matky kojící své dítě více než 6 měsíců, hodnotí změny svého poprsí po celkovém ukončení kojení k horšímu.

H 5 – Celková doba kojení je závislá na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s vyšší mírou identifikace kojí déle.

H 6 – Pocity při kojení ženy jsou závislé na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s vyšší mírou identifikace je vnímají jako příjemné.

3.1.1 Popis použitých metod

K získání potřebných údajů jsme použili:

- dotazník vlastní konstrukce
- test míry identifikace s ženskou rolí
- statistické metody

Dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 1)

První část dotazníku tvořily základní statistické údaje o matce a dítěti: věk matky a dítěte, vzdělání, bydliště a celkový počet dětí.

Dotazník obsahoval celkem 26 otázek. Byly použity různé typy otázek.

Otázky č. 1 - 11 sledovaly průběh kojení vlastního dítěte patřícího do věkové skupiny 2 - 4 roky (zdroj informací, délka kojení).

Otázky č. 12 - 23 zjišťovaly názor, postoj matek na kojení, jejich pocity, omezení při kojení.

Otázka č. 24 byla zaměřena na informovanost o vlastním kojení. Sledovala, zda existuje nějaká tradice kojení u nás.

Otázky č. 25 a 26 se týkaly informovanosti matek o významu kojení pro jejich vlastní organismus.

Test na míru identifikace s ženskou rolí (viz příloha č. 1). Byla zvolena projektivní technika – nedokončené věty.

Tento test byl použit, abychom zjistili, do jaké míry je žena ztotožněna s rolí ženy. Byl předpokládán fakt, že ztotožnění či neztotožnění s ženskou rolí může ovlivnit postoj ženy ke kojení.

Dotazník byl sestaven z dvaceti nedokončených vět, které ženě umožnily promítnout do odpovědi svůj vztah k rodičům, dětem, partnerovi,... Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do 2 skupin podle dosažené míry identifikace s ženskou rolí. Ženy, které získaly průměrnou hodnotu 11 a více, byly zařazeny do skupiny respondentek s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí. Respondentky, které získaly hodnoty nižší než průměrná hodnota 11, byly zařazeny do skupiny žen s nižší mírou identifikace s ženskou rolí (18).

Statistické metody – byly použity základní statistické metody (aritmetický průměr, absolutní a relativní četnost, test χ^2 kvadrát).

3.1.2 Charakteristika respondentek

Našeho výzkumu se zúčastnilo celkem 93 matek. Každá matka musela mít alespoň jedno dítě ve věku 2 - 4 roky. Spodní věková hranice dítěte 2 roky byla určena z důvodu, že se ve 2 letech dalo očekávat ukončené kojení. Horní věková hranice byla stanovena na 4 roky. Byla určena z důvodu, aby si matky ještě dobře pamatovaly na vše související s kojením. Výběr matek byl náhodný, ale v prostředí, ve kterém se pohybují. Jednalo se o maminky dětí ze základní školy, mateřské školy, Sokola. Dále šlo o kamarádky, známé, ženy z mého bydliště.

Organizace výzkumu

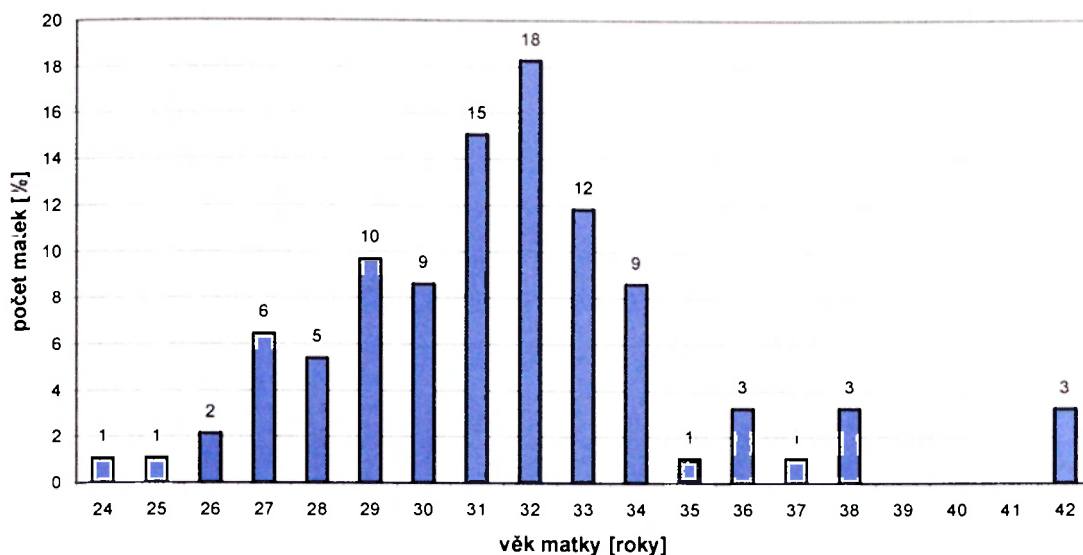
Tento výzkum byl proveden na území Ústeckého kraje. Zúčastnily se jej ženy žijící ve městech a vesnicích tohoto kraje. Rozdání a sběr dotazníků proběhl v prosinci roku 2006. Celkem bylo rozdáno 105 dotazníků. Vrátilo se nám 94 dotazníků. Hodnotitelných dotazníků bylo celkem 93, návratnost byla 90 %. Maminky byly velmi ochotné k mojí žádosti o vyplnění dotazníku. Narazila jsem pouze na tři ženy, které ihned odmítly se tohoto výzkumu zúčastnit. Úplně náhodného rozdávaní dotazníků jsem se obávala z důvodu malé návratnosti. Při sběru dotazníků jsem sledovala reakci a hodnocení žen na samotný dotazník. Ženy považovaly první část (dotazník) jako celkem snadnou, druhé části (testu na identifikaci s ženskou rolí) prý musely věnovat daleko více času a zamyšlení.

3.2 Statistické údaje respondentek

V úvodu dotazníku bylo zjišťováno několik základních údajů – věk matky, celkový počet dětí, věk dítěte, na které byly orientovány dotazy o kojení, národnost matky, nejvyšší dosažené vzdělání matky, místo bydliště matky.

Věk matky

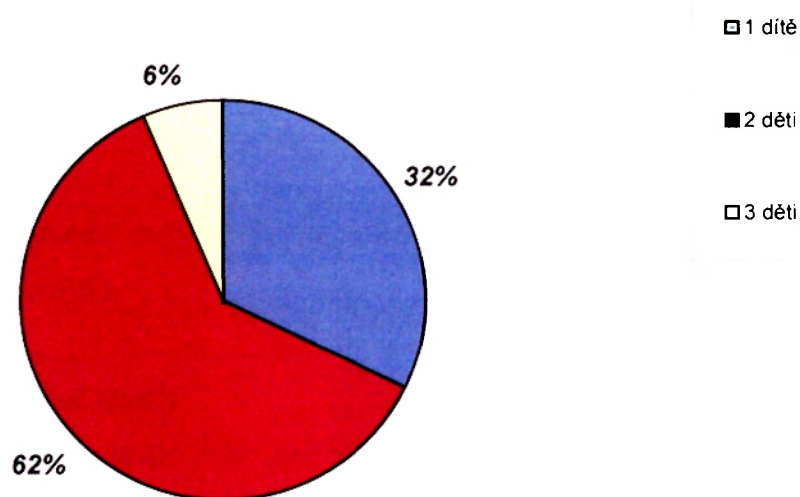
Zajímalo nás věkové složení dotazovaných respondentek. Ženy se pohybovaly ve věkovém rozmezí 24 – 42 let. Největší počet žen byl ve věku 32 roků, odpovídalo 18 % matek. Hojně, celkem 27 % žen, byla zastoupena věková skupina 31 a 33 let. Tento fakt se dal očekávat. Průměrný věk žen byl 31,5 roku.



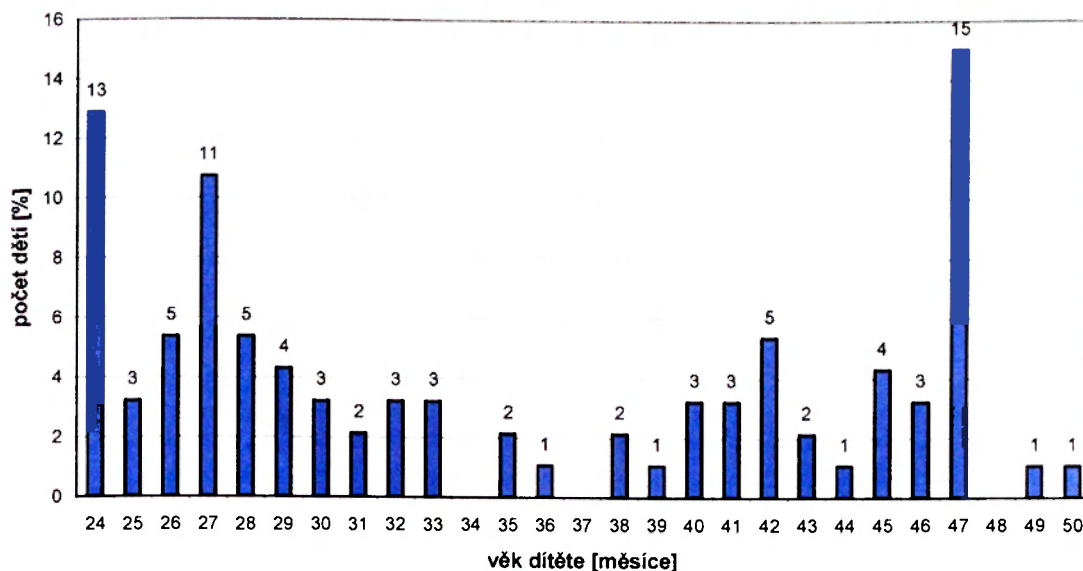
Graf č. 1 Věkové rozložení matek

Celkový počet dětí respondentky

Zjišťovali jsme celkový počet dětí každé respondentky. Nejčetnější skupinu tvořily matky s celkovým počtem dětí 2, celkem 62 % žen. Méně početnou skupinou byly ženy s jedním dítětem – celkem 32 % respondentek. Nejmenší zastoupení získaly matky s celkovým počtem dětí 3 – celkem 6 % matek. Z grafu jasně vyplývá, že nejvíce dotazovaných žen bylo s celkovým počtem dětí 2.



Graf č. 2 Celkový počet dětí matky



Graf č. 3 Věk dítěte

Hlavním kritériem pro výběr respondentek byl věk dítěte. Byla stanovena základní podmínka mít dítě ve věkové skupině 2 – 4 roky. Spodní věková hranice – 2 roky byla určena z důvodu, že v tomto věku se již dá předpokládat ukončené kojení. Horní věková hranice, 4 roky, byla určena pro lepší vybavitelnost paměti matky. Informace týkající se kojení dítěte neměly být zkresleny nepřesnými informacemi.

Děti byly zastoupeny ve věku v rozmezí 24 až 50 měsíců. Velmi výrazné zastoupení měly děti ve věku 47 měsíců, dále 24 a 27 měsíců. Nebylo nalezeno žádné dítě ve věku 34, 37 a 48 měsíců.

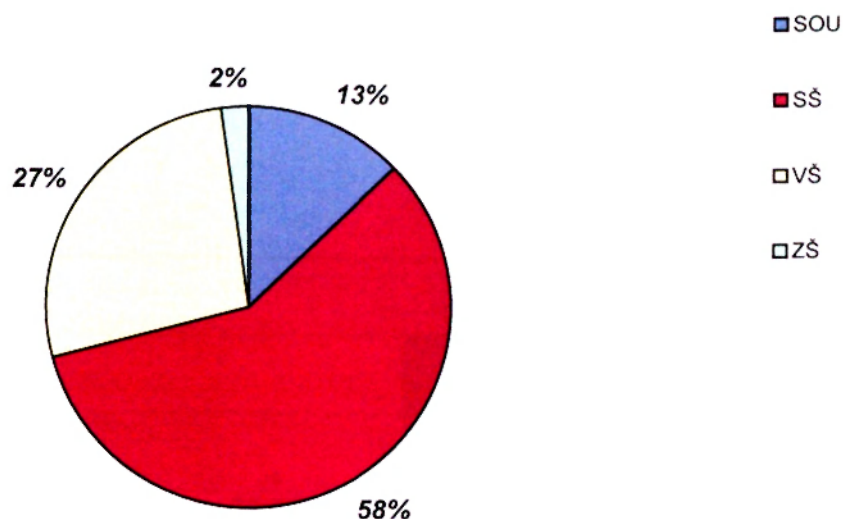
Národnost matky

Dotazované respondentky byly národnosti české (celkem 98 % žen) a národnosti slovenské (celkem 2 % matek).

Nejvyšší dosažené vzdělání matky

Respondentky měly napsat své nejvyšší dosažené vzdělání. V získaných odpovědích respondentek byly zastoupeny všechny stupně škol. Nejvíce dotazovaných žen, celkem 58 % respondentek, získalo středoškolské vzdělání (SŠ). Matek s vysokoškolským vzděláním (VŠ) se našeho výzkumu zúčastnilo celkem 27 %. Vyučeno (SOU) bylo 13 % respondentek. Pouze 2 % matek dosáhla základního

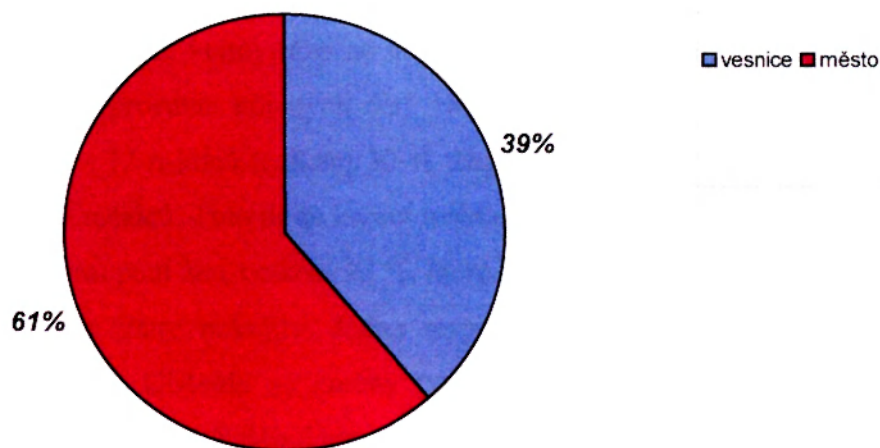
vzdělání (ZŠ). Můžeme konstatovat, že největší zastoupení měly respondentky s úplným středoškolským vzděláním.



Graf č. 4 Vzdělání matky

Bydliště matky

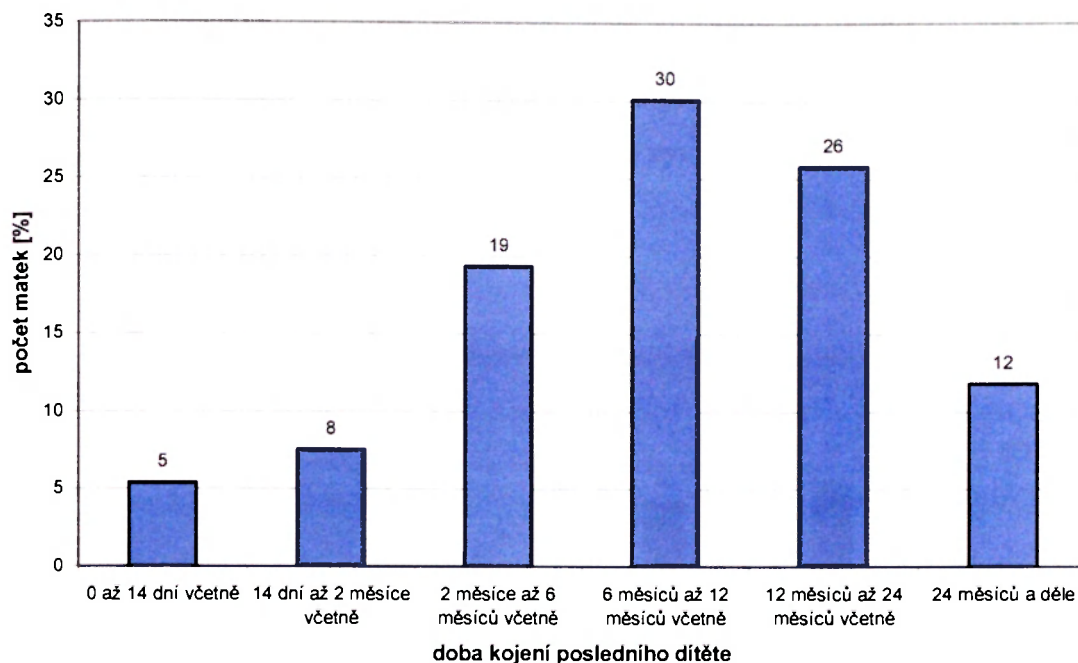
Sledovali jsme místo bydliště matek. Dotazník vyplnily respondentky žijící na území Ústeckého kraje. V odpovědích se objevilo město i vesnice. Větší zastoupení měly ženy žijící ve městě – celkem 61 % respondentek. Menší část tvořily matky, které žijí na vesnici – celkem 39 % žen.



Graf č. 5 Bydliště matky

3.3 Vyhodnocení dotazníku

Sledovali jsme celkovou dobu kojení dítěte v měsících. V případech, kdy ženy nekojily, nás zajímal důvod a pocit selhání.



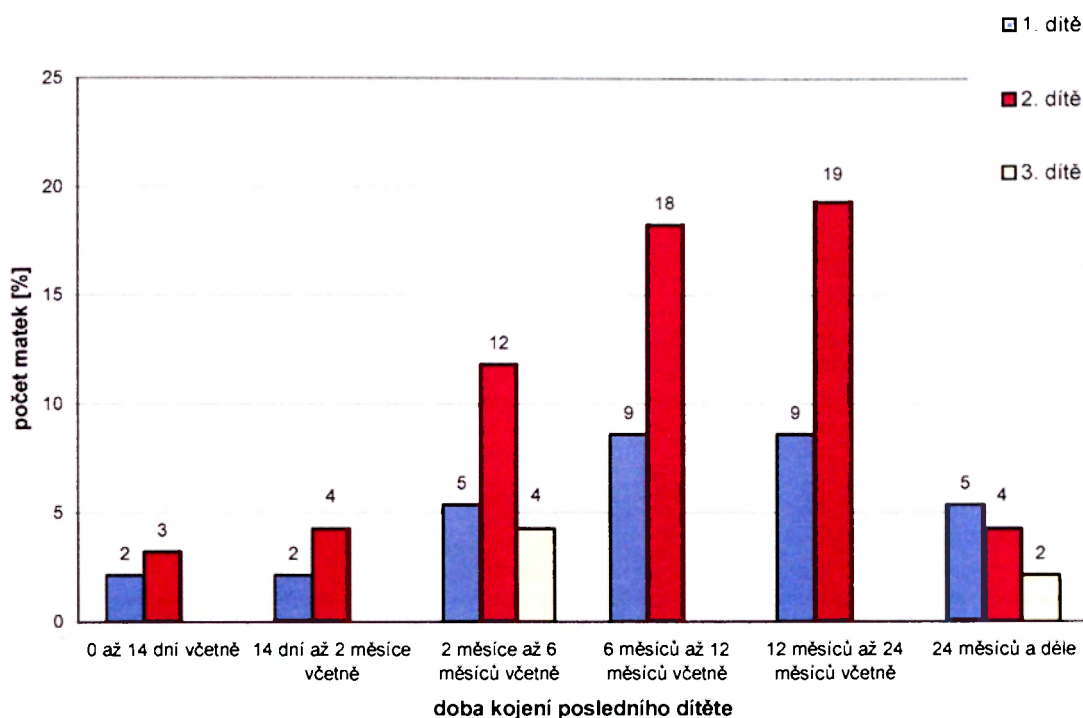
Graf č.6 Celková doba kojení dítěte

Graf již na první pohled velmi názorně ukazuje, že s počtem měsíců věku dítěte téměř lineárně narůstají procenta kojených dětí. Největší zastoupení nacházíme u dětí kojených v rozmezí 6 – 12 měsíců (celkem 30 % dětí), dále těsně stojí počet kojených dětí v rozmezí 12 – 24 měsíců. Tuto dobu kojení uvedlo 26 % dotázaných respondentek. Poměrně velké je i zastoupení žen, celkem 12 %, které kojí své dítě 24 měsíců a déle.

Pouze 2 dotázané ženy nekojily. Jedna respondentka již k porodu přicházela s přáním zastavit laktaci. Obávala se změny tvaru prsou, kterou by mohlo kojení vyvolat. Měla prsní implantáty. A dále jedna z matek skončila kojení 3. den po porodu z důvodu nadměrné tvorby mléka a následné mastitidy. Ani jedna z těchto žen netrpěla pocitem selhání.

Nejčastějšími důvody, proč ženy kojení ukončily v prvních šesti měsících, byl: nedostatek mateřského mléka řešený postupným dokrmováním umělou výživou. Dítě postupně začalo upřednostňovat sání z láhve a výsledkem byla postupná zástava laktace. Objevily se i tyto důvody: nemoc dítěte, nemoc matky a podání léků, nevhodných k užívání při kojení.

Z celkového počtu 93 respondentek ani jedna žena neměla pocit, že jako matka selhala v případě, kdy nemohla kojít nebo kojila pouze krátce. Toto zjištění bylo překvapivé. V dnešní době, kdy se začíná budovat poměrně dobrá a narůstající osvěta významu kojení, se dalo očekávat, že matky budou prožívat určité pocity selhání. Tato myšlenka se nepotvrdila. Naopak byla jednoznačně vyvrácena.



Graf č. 7 Celková doba kojení dítěte

Tento graf nám rozdělil 93 dětí ve věku 2 – 4 roky podle příslušné doby kojení. Jednalo se o 6 časová období: 0 až 14 dnů, 14 dnů až 2 měsíce, 2 až 6 měsíců, 6 až 12 měsíců, 12 až 24 měsíců a 24 měsíců a déle.

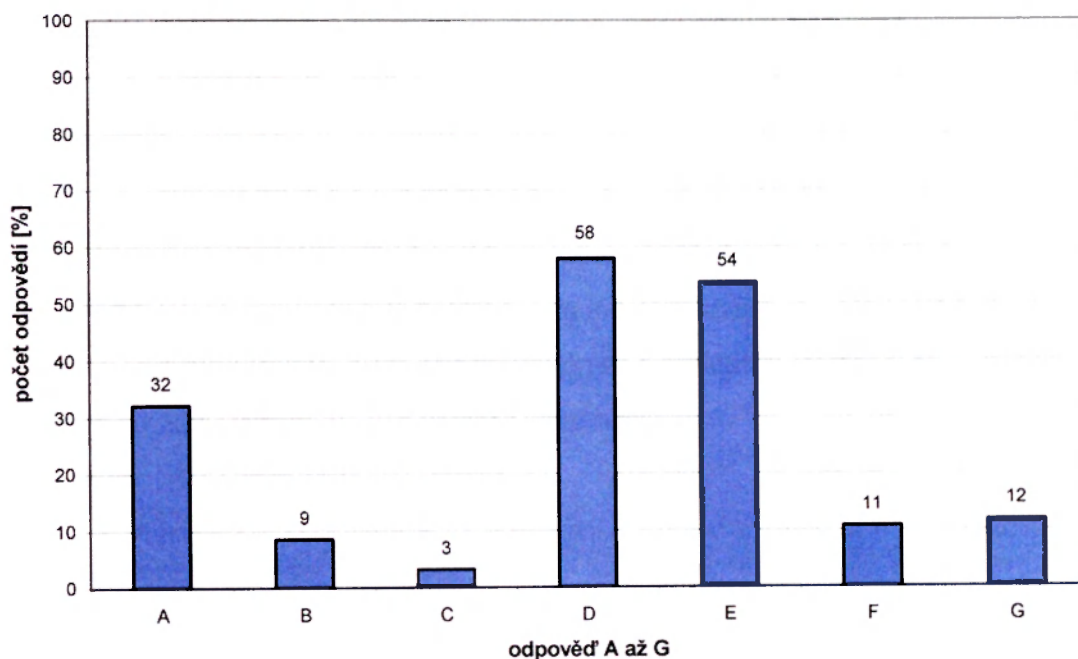
V jednotlivých časových obdobích máme možnost ještě sledovat, zda se jednalo o prvorozené dítě, druhorozené dítě či dítě třetí.

Zajímalo nás, jaké zdroje žen využívají k získání informací o kojení.

V této otázce bylo matkám nabídnuto šest přesně specifikovaných odpovědí (A – F) a dále možnost dopsání dalšího, neuvedeného zdroje informací (G).

Možnost:		n_i	f_i [%]
A	rodina, kamarádky	30	18
B	předporodní kurz	8	5
C	těhotenská poradna	3	2
D	porodnice – od personálu	54	33
E	knížky, časopisy, brožurky, letáky	50	30
F	internet	10	6
G	další možnost k dopsání	11	7
celkem odpovědí		166	100

Tabulka č.3 Zdroje informací o kojení



Graf. č.8 Zdroje informací o kojení

Jako nejčastější zdroj informací o kojení uvedly matky porodnici - personál, celkem 58 % žen. Ve velmi těsném výsledku - 54 % - využily respondentky k získání informací knihy, časopisy, brožurky a letáky.

V dnešní době velkého rozvoje se očekával jako zdroj informací internet. Ten jako zdroj informací uvádí pouze 11 % dotazovaných žen. Tato situace se dá ale vysvětlit tím, že se jedná o matky 2 - 4letých dětí. Informace získávaly před 2 - 4 roky, kdy se internet postupně rozšiřoval. Je odstrašující, že odpověď C (těhotenskou poradnu) jako zdroj informací zvolila pouze 3 % matek. Celkem 11 žen (12 %) využilo možnosti dopsat další zdroj informací:

Další možnosti:	n_i	f_i [%]
vlastní zdravotnické vzdělání	3	27
pediatr	3	27
vlastní zkušenosti z předchozí gravidity	2	18
mateřské centrum	1	9
laktační poradkyně	1	9
přednáška o kojení	1	9
celkem odpovědí	11	100

Tabulka č 4 Další zdroje informací o kojení - počet odpovědí

Výsledky této otázky ukazují, že je nutné zlepšit předávání informací o kojení matkám v těhotenských poradnách. Dále je nutné se zaměřit na zkvalitnění dovedností a znalostí o kojení u zdravotníků na porodnických odděleních, neboť matky k nim mají důvěru a jako zdroj informací je nejčastěji využívají.

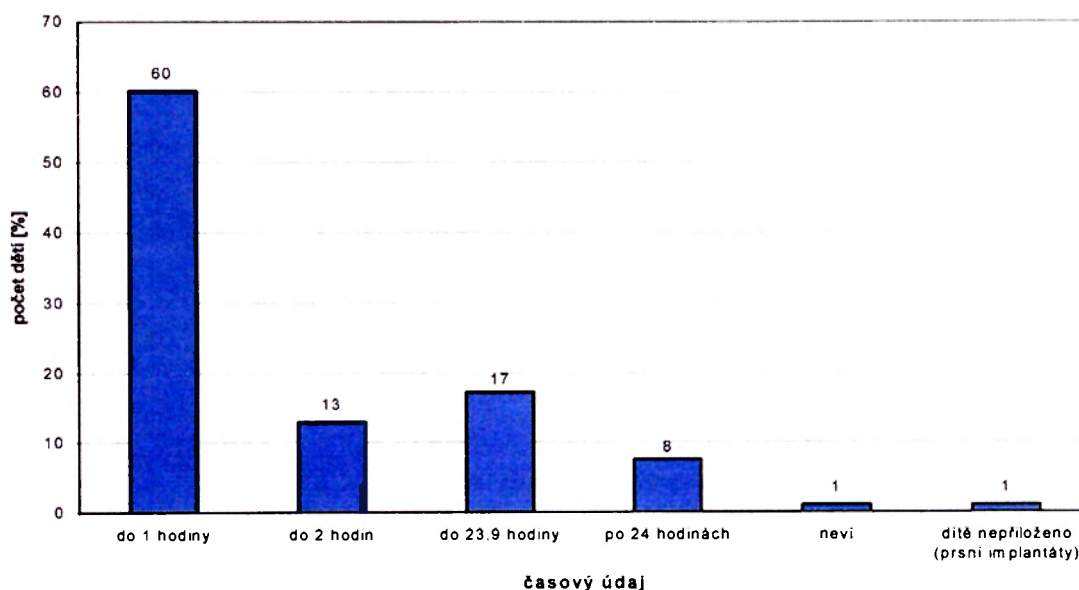
Zjišťovali jsme, zda kojící ženy mají podporu v kojení ve svém okolí. Případně, o koho se jedná.

Podpora v kojení:	n_i	f_i [%]
rodina	78	74
pediatr	9	8
kamarádka(y)	8	8
zdravotní sestra při porodu	1	1
bez podpory v kojení	9	8
nekojila	1	1
celkem odpovědí	106	100

Tabulka č. 5 Podpora v kojení

Z výsledku této otázky je jasně vidět velká podpora v kojení, především rodiny. Podporu v kojení uvádí 91 % dotázaných žen. Nejčastěji je jako podpora uváděna rodina, manžel. Dále pak: pediatr, kamarádky a v jednom případě zdravotní sestra u porodu. Pouze 8 % respondentek nenašlo ve svém okolí žádnou podporu v kojení. Jedna matka nekojila vůbec. Tento výsledek je velmi zajímavý vzhledem faktu, že se jedná o generaci, která hlavně vyrůstala na umělé výživě, a kojení bylo minimální. Bylo by zajímavé sledovat, v kolika případech se jedná o podporu ze strany vlastní maminky.

Sledovali jsme, za jak dlouho po porodu jsou děti přiloženy k prsu matky.

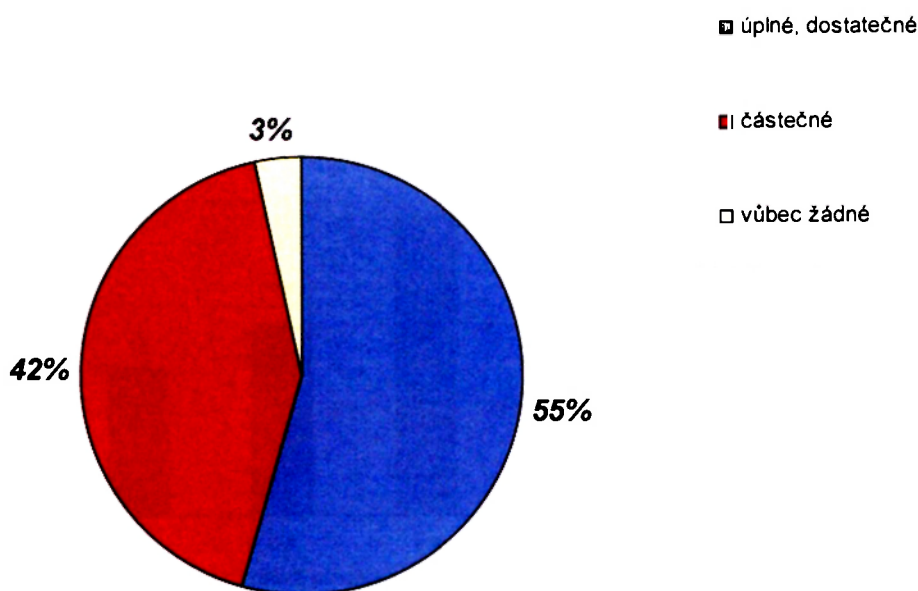


Graf č. 9 Doba přiložení k prsu po porodu

Více než polovině žen, celkem 60 % dotázaných matek, bylo dítě přiloženo k prsu po porodu do jedné hodiny. Do dvou hodin bylo přiložení provedeno u 13 % novorozenců. Dále 17 % respondentek uvedlo dobu přiložení do 23,9 hodiny. Pouze u 8 % dětí byl první pokus o kojení proveden až po 24 hodinách po porodu. Důvodem tohoto pozdního přiložení byl nejčastěji porod císařským řezem a porod nedonošeného novorozence.

Na tuto otázku nemohly odpovědět pouze dvě ženy. Jedna matka si již na tento údaj nepamatovala a u jedné ženy nebylo přiložení k prsu po porodu vůbec provedeno. Matka se již předem rozhodla nekojit z důvodu vlastních prsních implantátů.

Sledovali jsme, jak ženy hodnotí získané informace v porodnici od dětských lékařů, dětských sester a porodních asistentek.



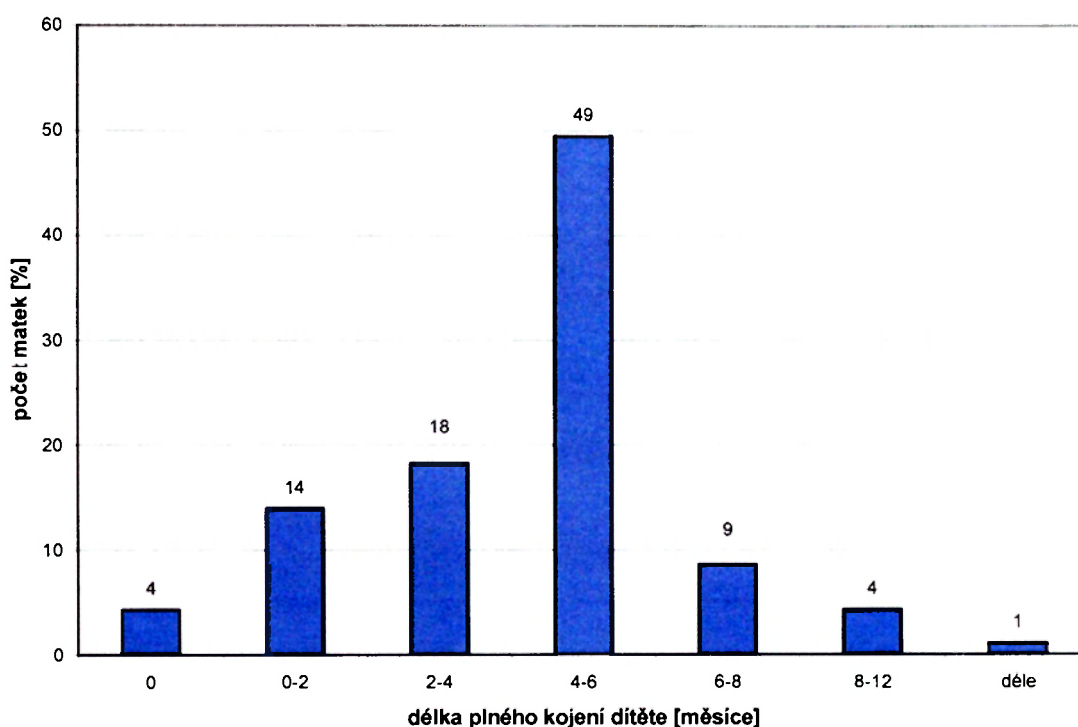
Graf č. 10 Hodnocení získaných informací v porodnici

Největší počet žen, celkem 55 % matek, hodnotí informace získané v porodnici od personálu jako úplně, dostatečné. Dále 42 % matek považuje informace získané

v porodnici jako částečné. Pouze 3 % respondentek nezískala v porodnici vůbec žádné informace o kojení, což je děsivé.

Počet matek, které hodnotí informace získané v porodnici jako částečné, se jeví jako poměrně vysoký. Z tohoto důvodu by bylo vhodné v dalších studiích zjistit, kde je chyba. Zda se jedná o chybnou komunikaci mezi matkou a zdravotníky nebo zda zdravotníci mají nedostatečné znalosti a dovednosti o kojení. Je třeba vysledovat, jsou-li postrádány teoretické rady nebo praktické, názorné ukázky kojení.

Oslovili jsme maminky, aby uvedly dobu, po kterou bylo jejich dítě plně kojeno a nedostávalo nic jiného kromě mateřského mléka (tzv. výlučné kojení).



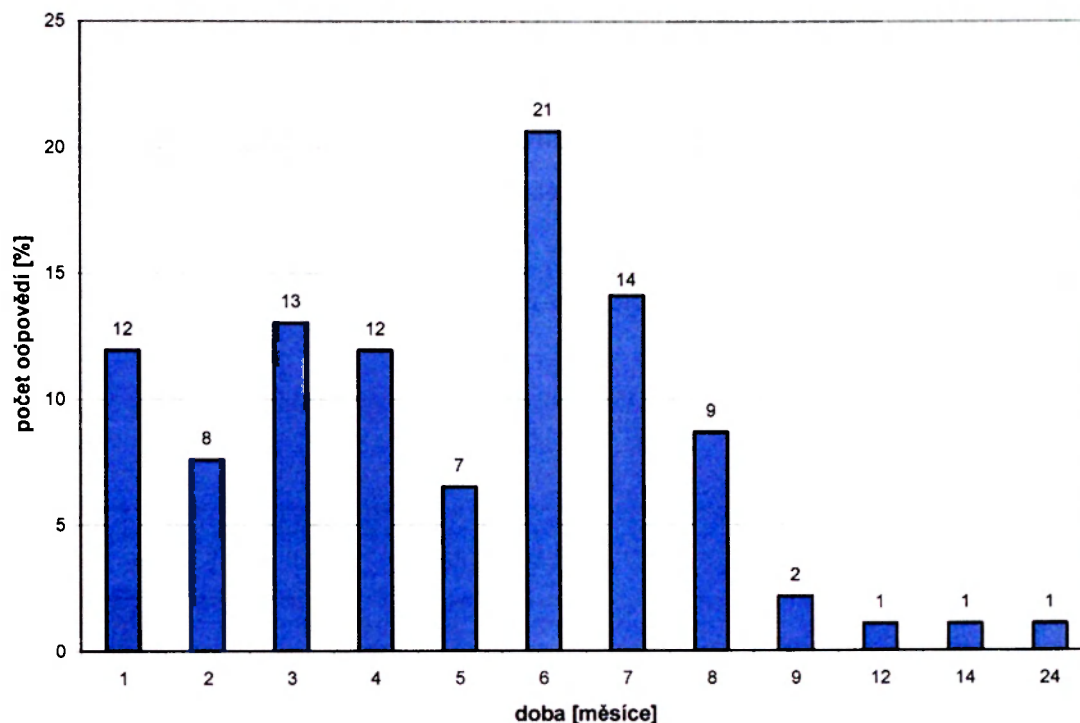
Graf č.11 Doba výlučného kojení

Z výsledků grafického znázornění je ihned na první pohled patrné, že nejvíce dětí bylo plně kojeno v časovém rozmezí 4 - 6 měsíců. Jednalo se o 49 % dětí. Ze získaných odpovědí můžeme sledovat velmi lineární nárůst počtu plně kojených dětí s přibývajícimi měsíci.

Nejpočetnější zastoupení plně kojených dětí jsme našli v rozmezí 4 - 6 měsíců, což se shoduje s doporučením Světové zdravotnické organizace. SZO v květnu roku

1996 prodloužila doporučení výlučného kojení na dobu 6 měsíců. Dále doporučuje kojit spolu s doplňkovou výživou od 6. měsíce do 2 let věku dítěte, popřípadě i déle.

Vyzvali jsme respondentky, aby udaly měsíc, ve kterém jejich dítě dostalo poprvé čaj.



Graf č.12 První podání čaje

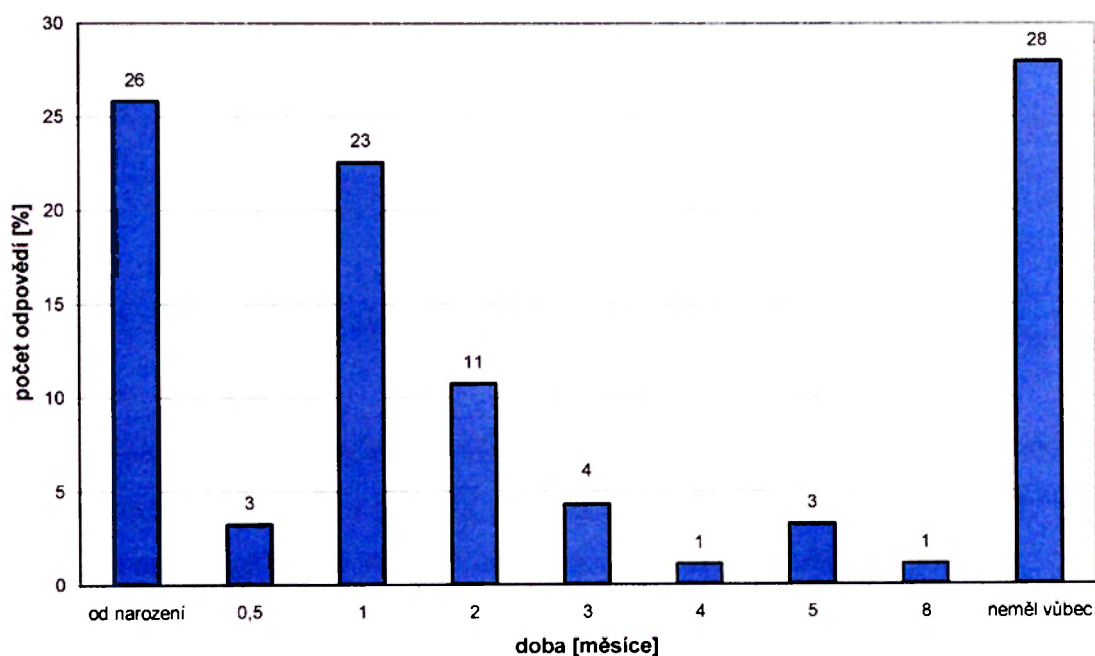
Obecně je doporučováno při výlučném kojení nepodávat dětem žádné další tekutiny do 6. měsíce věku dítěte. Výsledky ukazují, že nejvíce dětí (21 %) dostalo poprvé čaj v 6. měsíci. První podání čaje je ale poměrně vysoké již od 1. měsíce.

Maminky by v praxi měly být více seznámeny a poučeny o této skutečnosti. V praxi se tento problém objevuje poměrně často.

Zaměřili jsme se na podávání dudlíků (šidítek) dětem a sledovali měsíc, ve kterém byl dudlík dítěti podán.

Z dotázaných respondentek potvrdilo 72 % žen, že jejich dítě dostalo dudlík. Třetina odpovídajících matek, 28 %, svému dítěti dudlík nikdy nepodala. Jedna z maminek dokonce vepsala, že její dítě dostalo dudlík ještě v porodnici přímo od primáře dětského oddělení. Dále jsme sledovali případy, kdy byl dítěti podán dudlík. Podle základních rad o kojení by dudlík neměl být dítěti podán vůbec. Je-li to nutné, tak alespoň co nejpozději, aby dítě nebylo mateno.

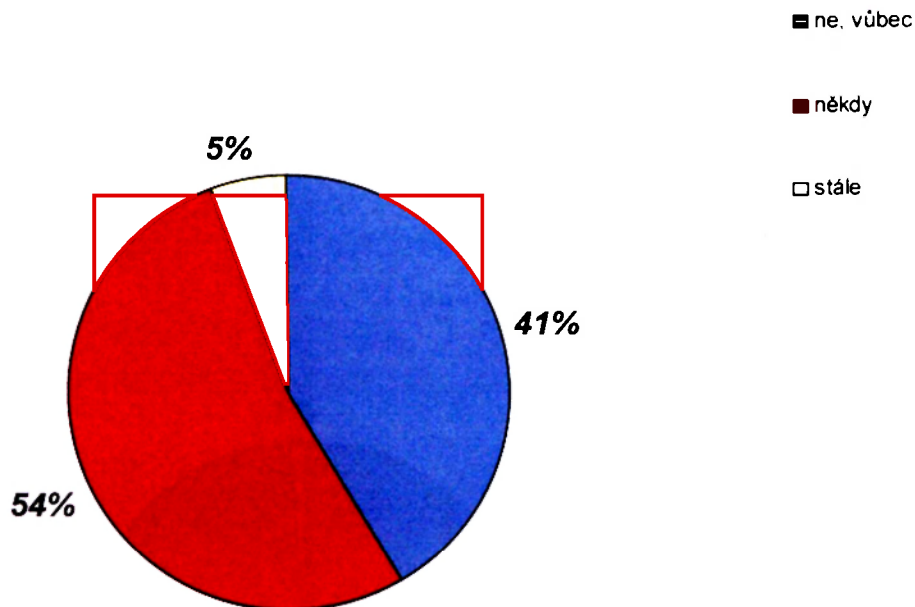
Výsledky těchto odpovědí nejsou vůbec nijak povzbudivé. Nejvíce dětí, které měly dudlík, ho dostalo již ihned po narození (26 % novorozenců). V prvním měsíci dostalo dudlík celkem 23 % dětí. Postupně tato čísla klesají. Bylo by potřeba, aby tomu bylo právě naopak. S věkem dítěte by mohl stoupat počet podaných dudlíků.



Graf. č.13 Doba podání dudlíku dítěti

Zjišťovali jsme, zda matky musely odstříkávat mléko a způsob provedení.

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že pouze velmi malý počet maminek, 5 % žen, bylo nuceno stále odstříkávat mléko. Někdy muselo odstříkávat mléko 54 % žen a nikdy nemuselo odstříkávat mateřské mléko 41 % žen.



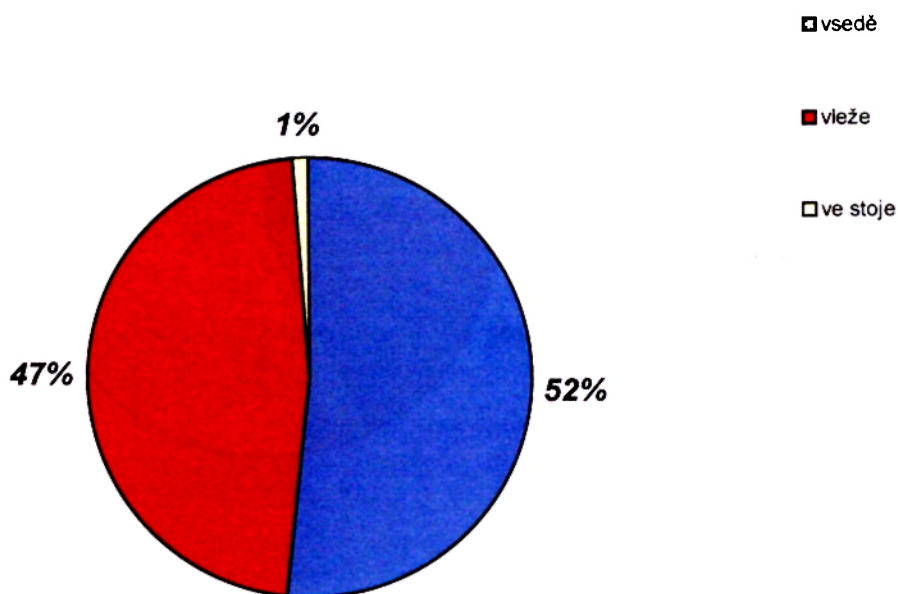
Graf. č.14 Potřeba odstříkávat mléko

V případech, kdy maminky musely své mléko odstříkávat, zvolilo možnost odstříkání mateřského mléka ručně 65 % respondentek, pomocí odsávačky 35 % žen. Je vidět, že matky upřednostňují ruční odstříkávání před odsávačkou.

Hledali jsme, jakou polohu ženy nejčastěji využívají při kojení.

Cílem této otázky bylo zjistit, kterou polohu maminky nejvíce využívaly při kojení svého dítěte. Maminkám byly nabídnuty dvě základní polohy – vleže a vsedě a možnost vepsání další vlastní, nejčastější polohy. Využívání poloh vsedě a vleže bylo poměrně vyrovnané. Celkem 52 % dotázaných maminek upřednostňovalo polohu vsedě, celkem 47 % žen si více oblíbilo kojení vleže. Pouze jedna maminka uvedla další polohu, a to polohu ve stoje.

Z výsledků vyplývá, že nejčastěji využívanými polohami při kojení jsou poloha vsedě a poloha vleže.

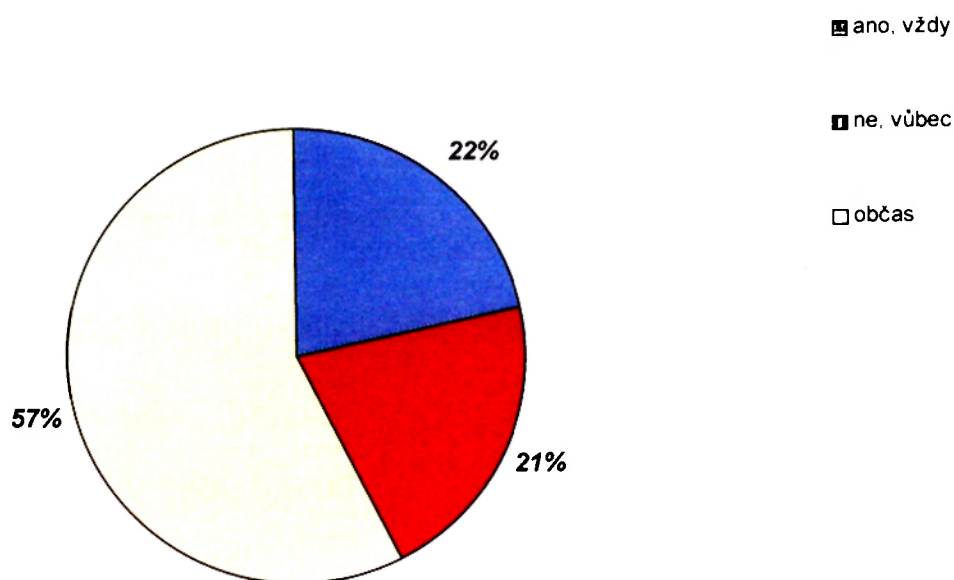


Graf č. 15 Poloha při kojení

Zjišťovali jsme, zda byly děti zvyklé usínat u prsu matky.

Převážná většina dětí dotázaných matek usínala občas při kojení u prsu. Tuto situaci potvrdilo celkem 57 % matek. Dalších 22 % dětí bylo zvyklých usínat jedine u prsu. Pouze 21 % dětí nikdy neusnulo u prsu matky.

Z těchto výsledků se dá potvrdit fakt, že dětem je v náručí své matky velmi dobře. Kojení u nich navozuje pocit pohody.



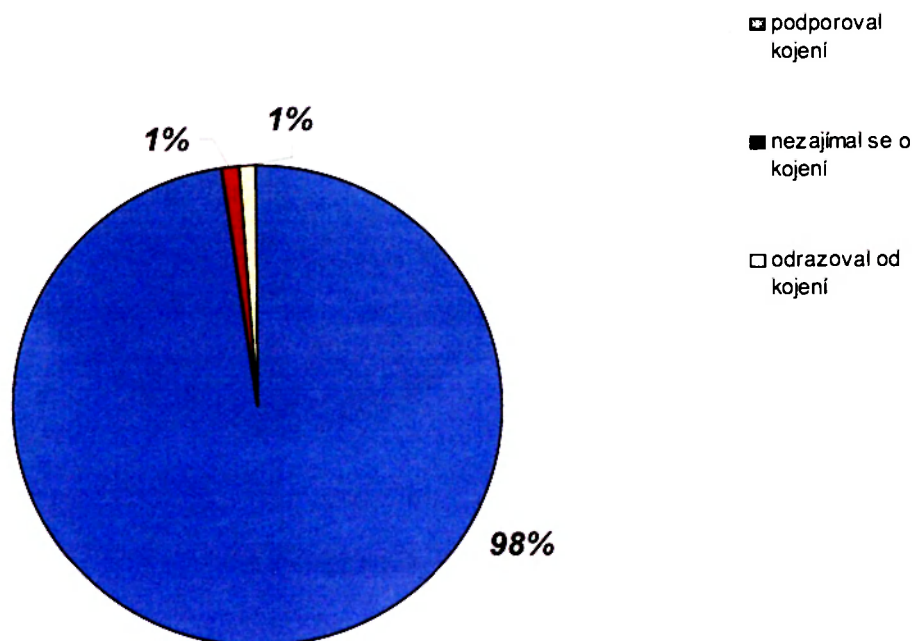
Graf č. 16 Usínání dítěte u prsu matky

Sledovali jsme reakci okolí při kojení na veřejnosti.

V této otázce byl sledován postoj okolí ke kojícím maminkám na veřejnosti. Dotázaných 12 maminek vůbec na veřejnosti nekojilo. Bylo to převážně z důvodu velmi krátké celkové doby kojení. Většina maminek kojících na veřejnosti, celkem 84 % žen, hodnotila reakci okolí při jejich kojení na veřejnosti jako neutrální. Pozitivní reakci svým kojením na veřejnosti vyvolalo dokonce 16 % respondentek. Setkaly se s úsměvem a uznáním.

Za velmi dobrý výsledek této otázky se považuje fakt, že ani jedna maminka se nesečkala s negativní reakcí okolí. Nevyvolala kojením svého dítěte na veřejnosti nějaké pohoršení a odpor. Žijeme právě ve společnosti a době, kdy se teprve vytváří pozitivní postoj ke kojení. Začíná se až nyní vytvářet určitá tradice kojení. Každý člověk prošel svým individuálním vývojem, jinou výchovou v rámci rodiny a školy. Přes tyto překážky je reakce okolí velmi uspokojivá.

Zajímal nás postoj pediatra ke kojení při návštěvách matek v poradně.



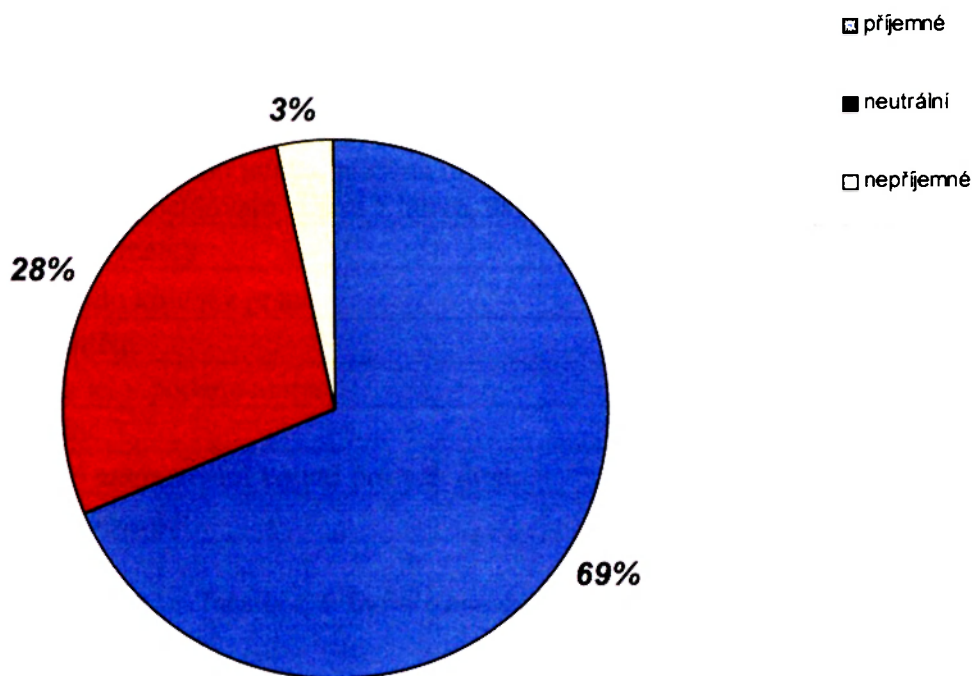
Graf č.17 Postoj pediatra ke kojení

Pediatr má v kojení svoji důležitost a také velkou možnost kojení matek ovlivnit. Cílem této otázky bylo zjistit postoje pediatriů ke kojení.

Výsledky hodnocení jednoznačně ukazují, že dětské lékaři považují kojení za velmi důležité a maminky ve svých poradnách ke kojení podporují. Podporu při kojení ze strany pediatra potvrdilo celkem 98 % dotázaných žen. Pouze jedna matka (1 %) uvedla nezájem pediatra o kojení a jedna respondentka (1 %) byla dokonce odrazována od kojení svým pediatrem.

Respondentky měly zhodnotit své pocity při kojení.

Zajímaly nás pocity žen při samotném kojení.



Graf. č. 18 Pocity při kojení

V odpovědích na tuto otázku 69 % respondentek uvedlo příjemné pocity. Neutrální pocity při kojení prožívalo 28 % matek. Pouze 3 % žen zhodnotila pocity při kojení jako nepříjemné.

Dá se říci, že z velké části prožívají ženy kojení s příjemnými nebo neutrálními pocity. Žen, pro které by samotné kojení bylo nepříjemné, je velmi málo.

Bylo by dále zajímavé sledovat, proč ženy prožívaly kojení jako nepříjemné, a sledovat danou příčinu. Ve své práci jsem se dále zabýval^á vztahem pocitů při kojení a identifikací s ženskou rolí.

Zajímal nás způsob ukončení kojení.

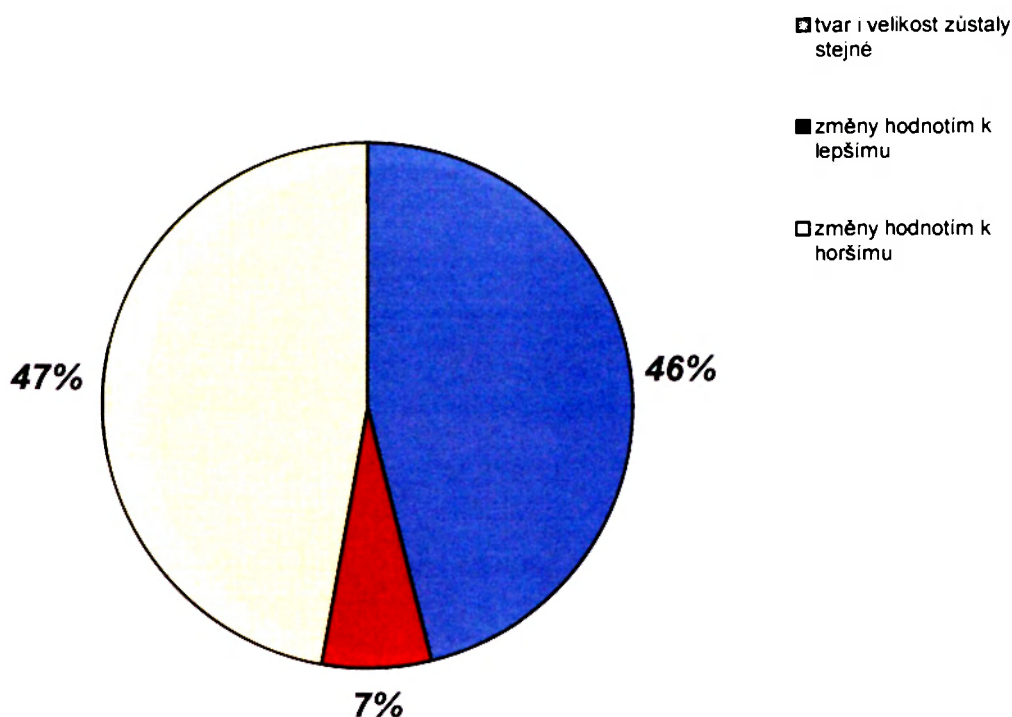
Tato otázka měla zjistit, jakým způsobem maminky ukončily kojení svého dítěte. Obecně se doporučuje postupné odstavování dítěte. Tohoto způsobu využilo celkem 70 % maminek. Pouze 30 % žen ukončilo kojení náhlým způsobem. Celkem 6 maminek nemohlo na tuto otázku odpovědět, protože stále ještě kojily své děti.

V další části byly matky žádány, aby rozepsaly přesný postup ukončení. Bohužel, na tuto otázku všechny maminky řádně neodpověděly. Mezi nejčastěji uvedenými postupy bylo:

Podpora v kojení:	n_i	f_i [%]
nedostatek mateřského mléka, přidána umělá výživa, dítě postupně upřednostňovalo kojení z láhve, ukončeno kojení	23	25
stále kojící matky	6	7
dítě odmítlo kojení z prsu	8	9
nemoc dítěte	1	1
nemoc a léky podané matce	5	5
neuvedlo	16	18
postupné nahrazování kojení pro věk dítěte	32	35
celkem odpovědí	91	100

Tabulka č. 6 Důvod a postup ukončení kojení

Vyzvali jsme respondenty, aby zhodnotily stav svého poprsí po úplném ukončení kojení.

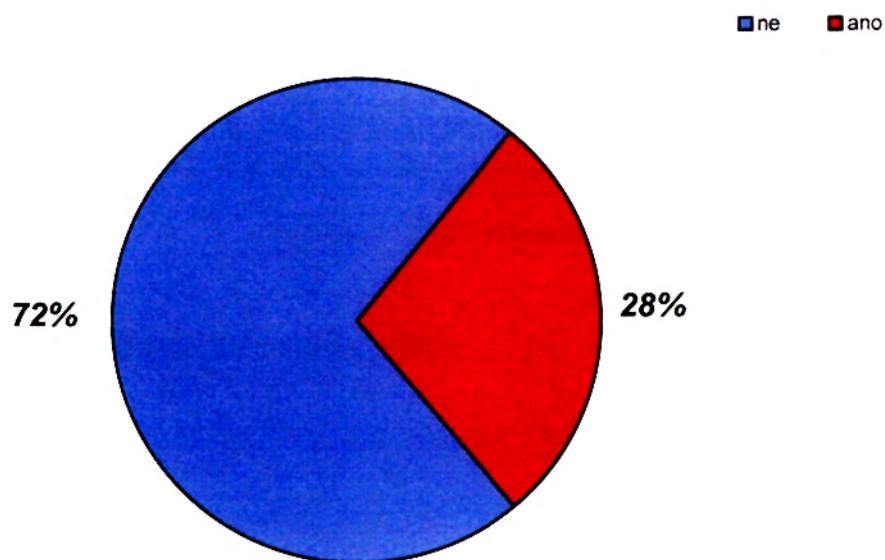


Graf. č. 19 Hodnocení stavu poprsí po kojení

Chtěli jsme přinést informace o tom, jak maminky hodnotí, vnímají stav svého poprsí po úplném ukončení kojení. U těchto výsledků si musíme uvědomit, že jsou dány pouze subjektivním hodnocením žen. Každé ženě se líbí něco jiného, jinak své poprsí vnímá a také hodnotí.

Na tuto otázku nemohlo 6 respondentek odpovědět z důvodu, že ještě stále své děti kojily. Změny svého poprsí po skončení kojení k lepšímu zhodnotilo pouze 7 % matek. Celkem 46 % dotázaných žen vnímalo tvar a velikost svých prsů po ukončení kojení beze změn. Změny stavu svého poprsí k horšímu po skončeném kojení potvrdilo 47 % dotázaných matek.

Zajímalo nás, zda ženy během kojení užívaly léky, případně o jaké skupiny léků se jednalo.

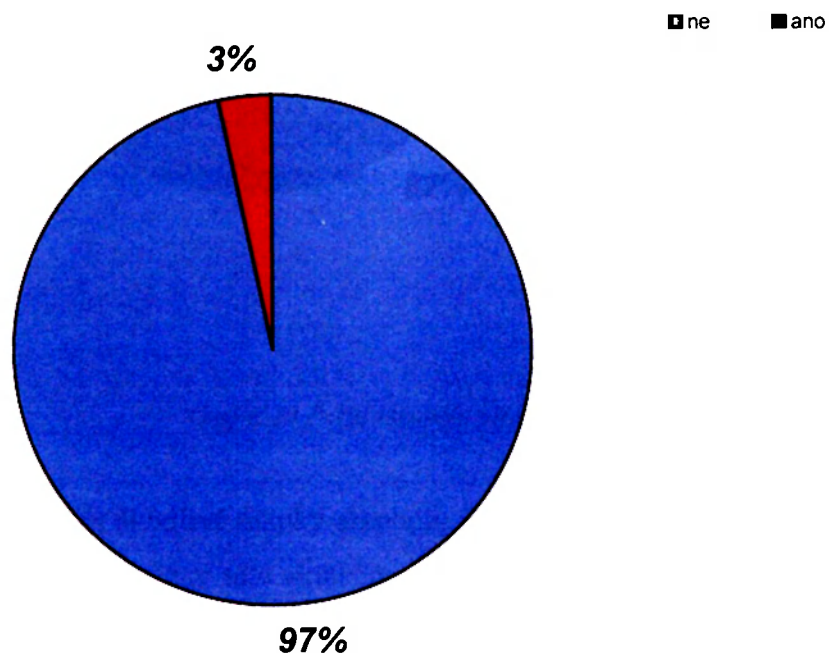


Graf č. 20 Užívání léků při kojení

Z grafu je jasně vidět, že 2/3 dotázaných žen neužily při kojení žádné léky. Tuto skutečnost potvrdilo ve svých odpovědích 72 % respondentek. Přibližně 1/3 žen, uvedlo 28 % matek, užívala během kojení nějaké léky. Některé ženy užíly i více léků během kojení. Dále nás zajímalo, o jaké skupiny léků se jednalo.

Léky užívané matkou:	n_i	f_i [%]
antikoncepce	9	31
antibiotika	8	28
antihistaminika	1	3
antipyretika	5	17
antianemika	2	7
analgetika	1	3
hormony štítné žlázy	3	10
celkem odpovědí	29	100

Tabulka č. 7 Léky užívané matkou

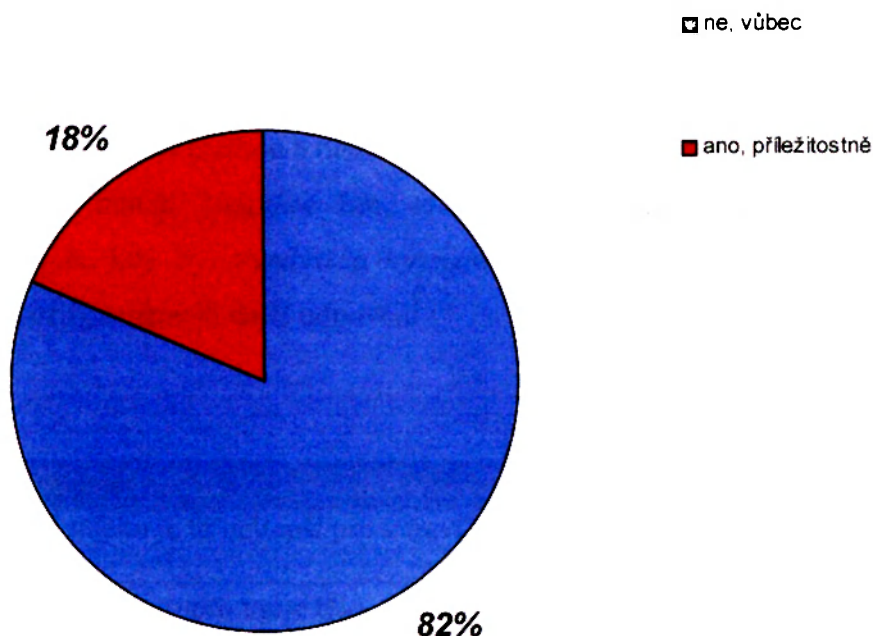
Zjišťovali jsme, zda ženy při kojení kouřily.

Graf č. 21 Kouření v době kojení

Výsledek jednoznačně potvrzuje, že ženy si jsou vědomy negativního vlivu kouření na jejich dítě. Z dotázaných respondentek potvrdila 3 % žen svoje kouření během kojení. Počet vykouřených cigaret za 24 hodin byl: 2, 6 a 10 kusů. Celkem 97 % matek uvedlo, že během kojení nekouřilo.

Tento výsledek je velmi pěkný, protože statistiky ukazují, že nejvíce kuřáků mají právě severní Čechy. Všechny dotazované respondenty žijí v Ústeckém kraji.

Zajímalo nás požití alkoholu u kojících žen.



Graf č. 22 Požití alkoholu při kojení

Obecně jsou známy škodlivé účinky alkoholu na plod a dítě při kojení. Odpovědi na tuto otázku dokazují, že ženy tuto skutečnost respektují. Celkem 82 % dotázaných matek nepožilo vůbec alkohol při kojení. Příležitostné požití alkoholu při kojení přiznalo 18 % respondentek. Ani jedna matka nevyužila možnosti třetí odpovědi – pravidelné požívání alkoholu.

Bylo by zajímavé sledovat souvislost mezi požitím alkoholu a celkovou dobu kojení. S narůstající délkou kojení vlastního dítěte je asi větší pravděpodobnost, že matky alkohol příležitostně užijí.

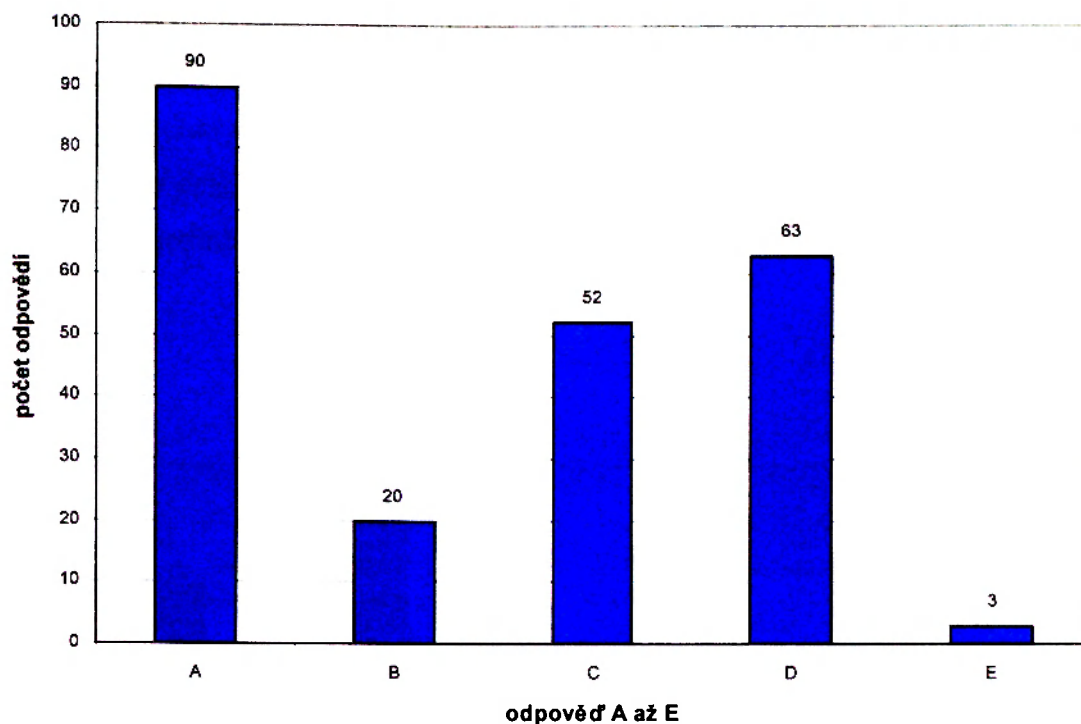
Vyzvali jsme respondentky, aby zhodnotily největší pozitiva kojení z jejich pohledu. V odpovědi mohly označit více odpovědí.

Maminkám byly v této otázce nabídnuty čtyři přesně popsané možnosti (A – D) a dále možnost dopsání vlastní odpovědi (E). Ženy v této otázce mohly označit více odpovědí.

Z grafu je jednoznačně patrné, že nejdůležitější byla pro ženy odpověď A – mateřské mléko je nejdůležitější pro zdraví mého dítěte. Tuto možnost označilo 90 respondentek. Odpověď D – kojení je levné, rychlé a pohodlné - využilo celkem 63 žen. O tom, že díky kojení se mezi matkou a dítětem vytvoří silný citový vztah (odpověď C), bylo přesvědčeno 52 matek. Nejméně žen, celkem 20 dotázaných matek, využilo možnosti odpovědi B, kdy byl vyzdvižen význam kojení pro matčino tělo. Pouze 3 respondentky využily možnosti další odpovědi.

Možnosti:		n_i	f_i [%]
A	mateřské mléko je to nejlepší pro zdraví mého dítěte	90	39
B	kojení má význam pro moje tělo	20	9
C	díky kojení máme s dítětem silný citový vztah	52	23
D	kojení je levné, rychlé, pohodlné	63	28
E	další možnost, napište	3	1
celkem odpovědí		228	100

Tabulka č. 8 Pozitiva kojení



Graf č. 23 Pozitiva kojení z pohledu matek

Další výhodou kojení z pohledu matek bylo: snažší cestování, maximální spokojenost dítěte a zdroj potravy při nemoci.

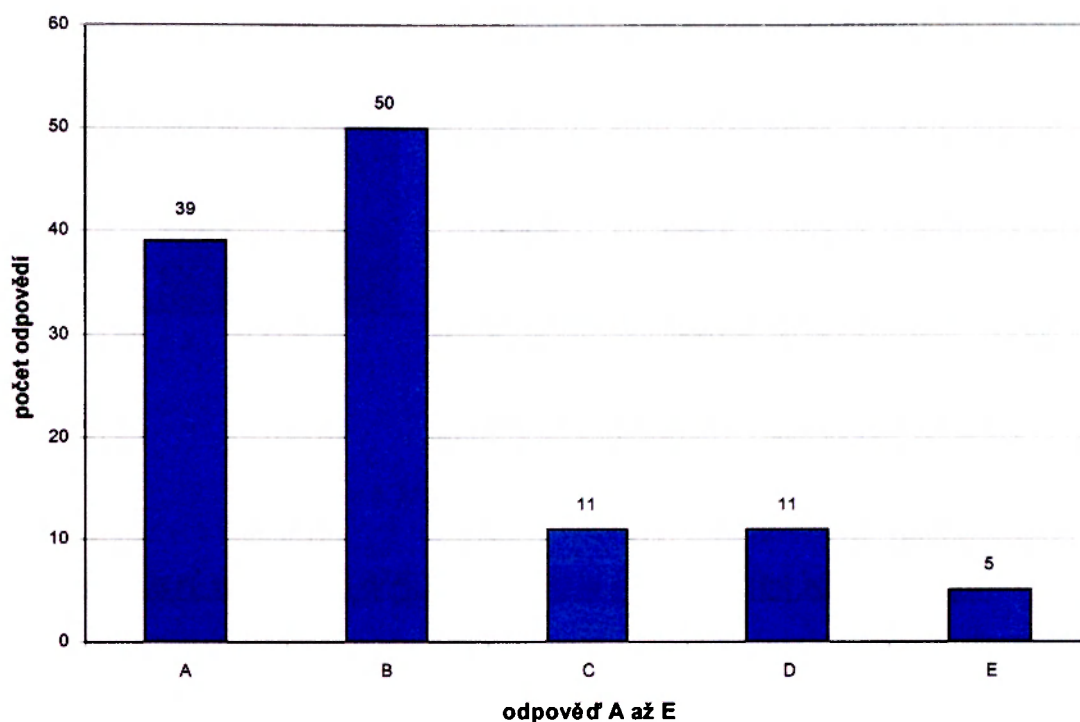
Hledali jsme, co ženy při kojení nejvíce obtěžovalo. Mohly označit více odpovědí.

Možnosti:		n_i	f_i [%]
A	byla jsem stále upoutána k dítěti	39	33
B	musela jsem být stále opatrná ve výběru jídla a pití pro sebe	50	42
C	měla jsem stále problémy s prsy (záněty, trhliny)	11	9
D	vadily mi velké, nalité prsy	11	9
E	další možnost, napište	8	7
celkem odpovědí		119	100

Tabulka č. 9 Negativa kojení z pohledu žen

Opět byly respondentkám nabídnuty 4 dané odpovědi (A – D) a jedna možnost další vlastní odpovědi (E). Nejvíce žen označilo odpověď B, celkem 50 respondentek. Vadila jim nutnost opatrnosti ve výběru jídla a pití při kojení. Odpověď A, upoutání

k dítěti, pocítilo celkem 39 žen. Odpovědi C (ženy trpěly problémy s prsy) a odpovědi D (ženy obtěžovaly veliké, nalité prsy) využilo stejné množství dotázaných matek, celkem 22 respondentek. Pouze 8 žen využilo možnost dopsání dalšího názoru na kojení. Z těchto žen 4 matky uvedly, že jim na kojení nevadilo vůbec nic. Zbývající 4 ženy zapsaly další nevýhody kojení: časté vstávání v noci, omezení délky procházek, usínání dítěte jediné u prsu matky a neznalost množství vypitého mléka.

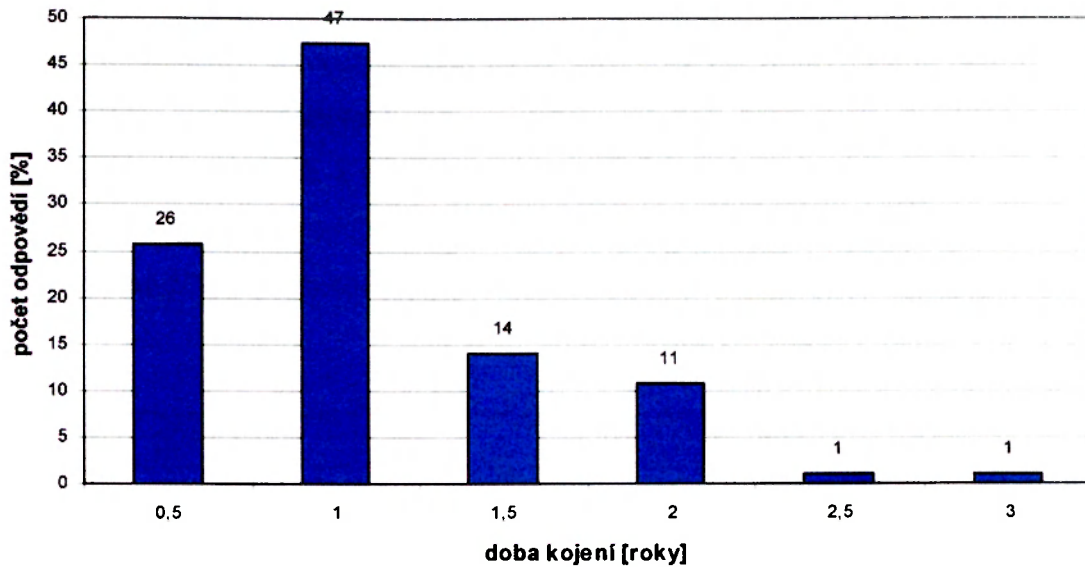


Graf č. 24 Negativa kojení z pohledu matek

Oslovili jsme respondentky, aby určily ideální dobu kojení dítěte.

Zajímá nás názor respondentek na ideální dobu kojení. Nejčastěji ženy navrhnou ideální dobu kojení jeden rok. Tuto odpověď vyjádřilo 47 % žen. Celkem 26 % matek považuje za ideální čas kojit své dítě půl roku. Dále s narůstajícím věkem dětí klesá i počet žen vyjadřujících svoji ideální dobu kojení. Kojit dítě po 2. roce života hodnotí jako ideální již pouze 2 % matek

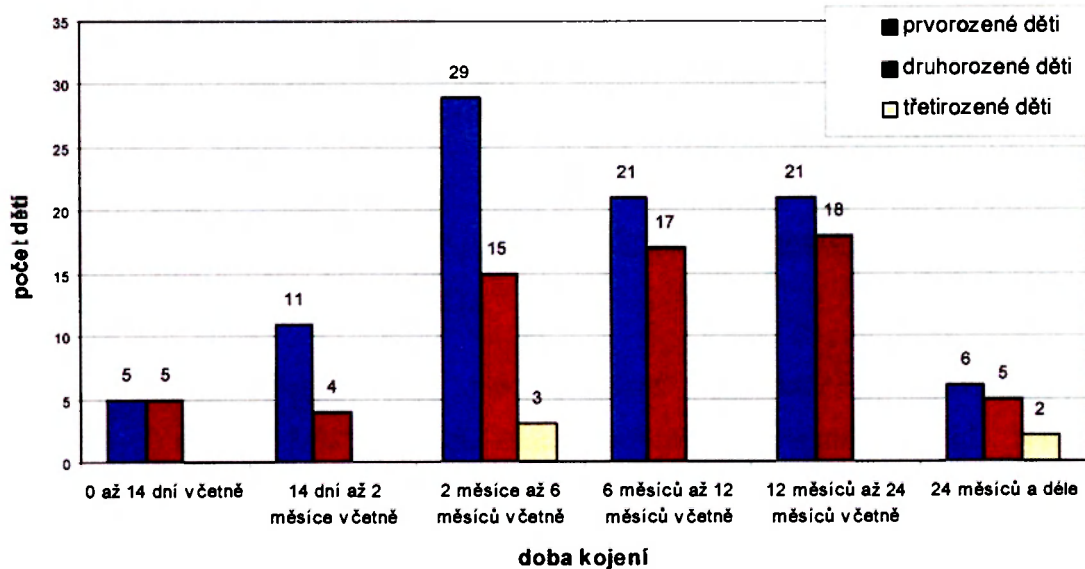
Z daných výsledků můžeme usuzovat, že nejvíce žen chce kojit své dítě v rozmezí půl až jednoho roku. Nezanedbatelná skupina žen vidí jako ideální kojit své dítě do jednoho a půl roku, až druhého roku života.



Graf č. 25 Ideální doba kojení dle názoru matek

U matek, které měly další děti, nás zajímala celková doba jejich kojení.

Velká část žen byla matkou 2 - 3 dětí. Proto jsme se rozhodli sledovat i celkovou dobu kojení těchto dětí.

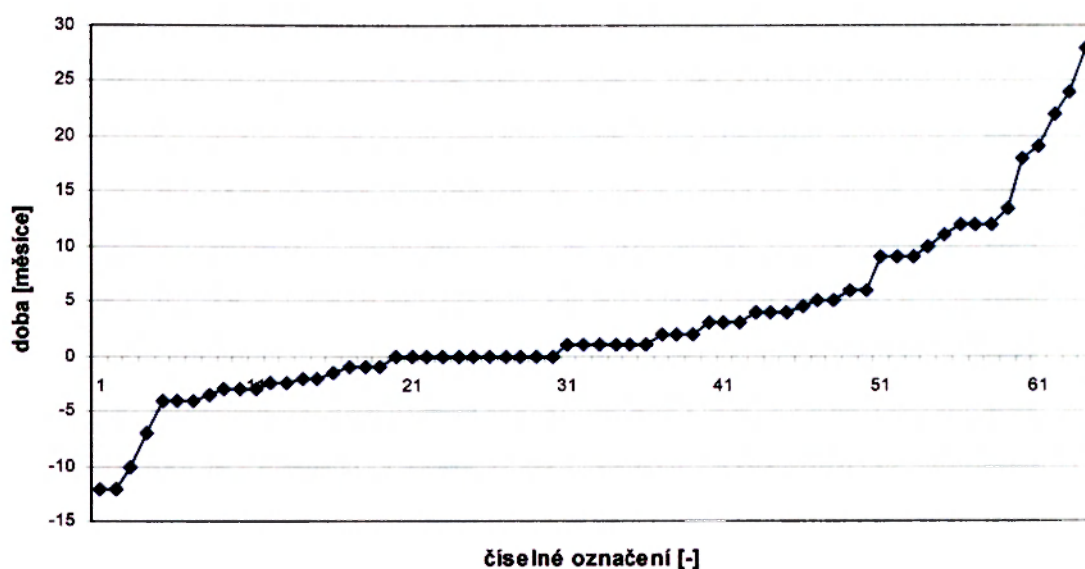


Graf č. 26 Srovnání doby kojení prvorozeného a druhorozeného dítěte matky

Vypracovaný graf nám ukazuje, že při srovnání celkové doby kojení prvorozeného a druhorozeného dítěte jedné respondentky je tato doba téměř shodná asi u 10 žen.

Přibližně u počtu 20 druhorozených dětí je doba kojení výrazně kratší než byla u jejich starších sourozenců. U 30 druhorozených dětí můžeme jasně říci, že byly kojeny déle než jejich prvorození sourozenci. Tato doba má velmi lineární nárůst.

Závěrem můžeme shrnout: má - li matka dvě děti, bývá velmi rozdílná celková doba kojení prvorozených a druhorozených dětí. Jen velmi mírně je vyšší počet déle kojených dětí druhorozených. Případů, kdy matka kojí stejně dlouho prvorozené a druhorozené dítě, je poměrně málo.



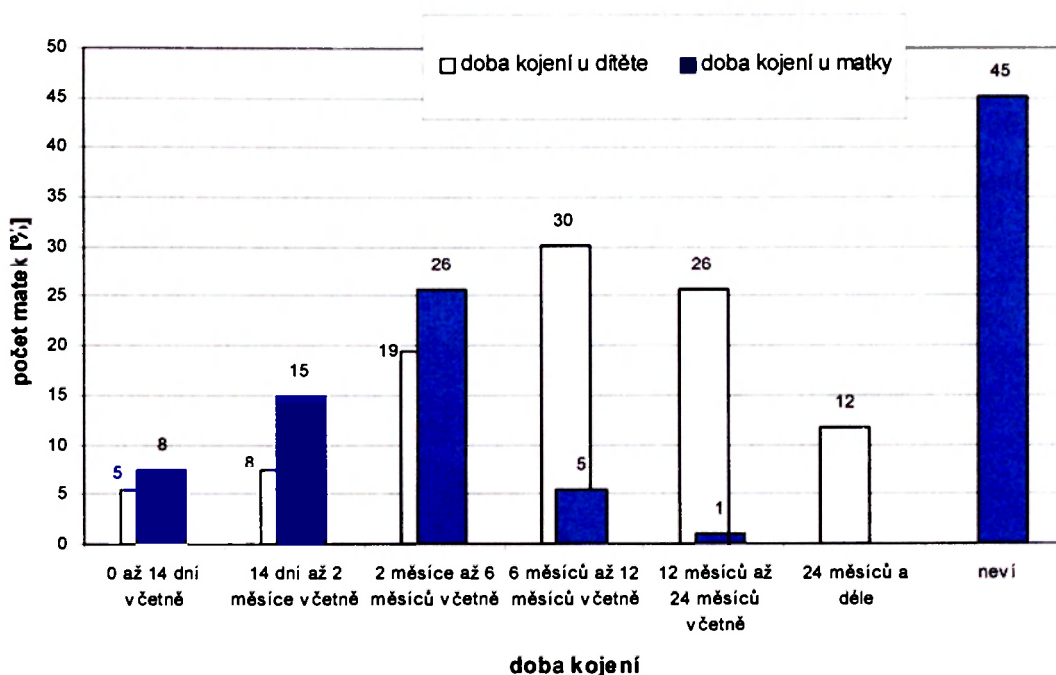
Graf č. 27 Časový rozdíl v délce kojení druhorozeného a prvorozeného dítěte (vzestupně)

Sledovali isme informovanost žen o vlastním kojení. Zajímala nás doba, po kterou byly respondentky jako děti kojeny.

Odpovědi na tuto otázku jsou poměrně vyrovnané. Z celkového počtu dotazovaných matek 45 % žen nemá žádnou informaci o vlastním kojení. Neví, jak dlouho byly kojeny a zda vůbec byly kojeny. Celkem 55 % respondentek tuto informaci má. Jednotlivé doby kojení jsou velice rozličné. Nejvíce žen, 14 respondentek, bylo kojeno do 3. měsíce života. Dále početným měsícem, ve kterém bylo kojení ukončeno, je 2. měsíc. Celkem 6 dotázaných respondentek dokonce přesně ví, že jako děti nebyly

kojeny vůbec. Výsledky ukazují, že ženy byly kojeny maximálně do 6. měsíce. Doba kojení: 7 až 11 měsíců a 13 až 17 měsíců vůbec nebyla nalezena. Kojení delší než 6 měsíců potvrzují pouze 4 ženy. Z těchto žen byly tři kojeny do 12. měsíce svého života a pouze jedna žena do 18. měsíce svého života.

Dotazované ženy jsou ve věkovém rozmezí 24 – 42 let. Převedeme-li to na roky narození, získáváme ročníky 1964 - 1982. Jedná se o ženy, které byly narozeny v době velkého rozvoje umělé výživy, a tento fakt se podepsal na samotném kojení u jejich matek. Výsledky této otázky potvrzují, že u nás opravdu není vytvořena tradice kojení a že tato situace bude ještě chvíli trvat. Za radostné zjištění můžeme považovat, že tyto ženy se snaží déle kojit své vlastní děti. A také opravdu déle své děti kojí.



Graf č. 28 Srovnání doby kojení dítěte a matky

Graf přináší názorné porovnání celkové doby kojení respondentek a celkové doby kojení jejich dětí. Nevýhodou bylo, že celkem 45 % matek nemělo žádnou informaci o vlastní době kojení. Můžeme pozorovat, že celková doba kojení u respondentek měla vzestupnou tendenci maximálně do 6. měsíce, kam dosáhlo 26 % kojených dětí. U doby kojení dětí můžeme sledovat posun celkové doby kojení do pozdějších měsíců. Největší zastoupení kojených dětí, celkem 30 %, nacházíme v časovém rozmezí 6 - 12 měsíců.

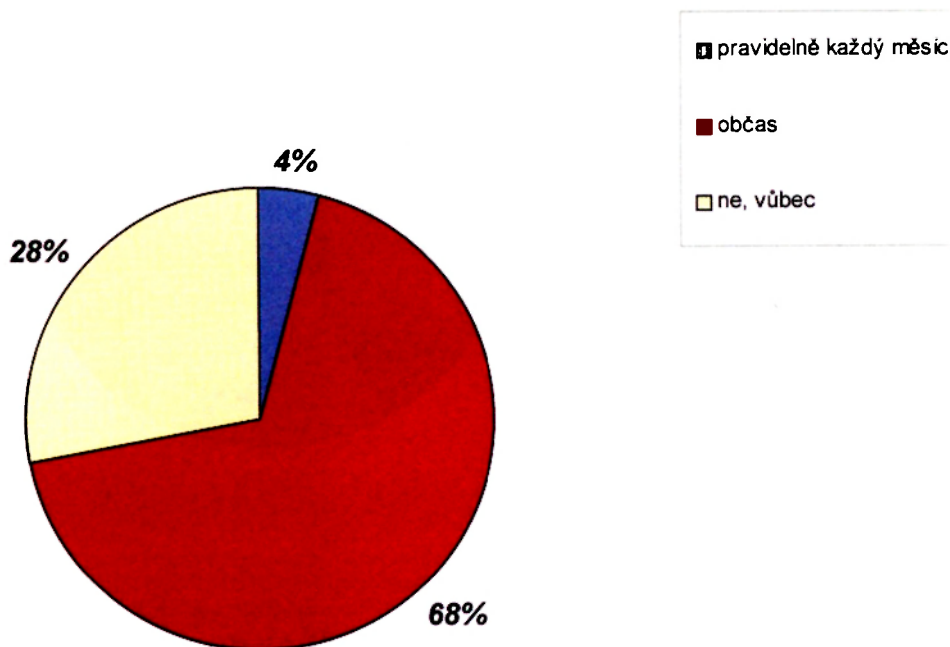
Velmi silně je i zastoupeno časové rozmezí 12 - 24 měsíců. V tomto období bylo ještě kojeno 26 % dětí.

Závěrem můžeme říci, že se celková doba kojení dětí výrazně prodloužila v porovnání s celkovou dobou kojení jejich matek.

Zaměřili jsme se na četnost samovyšetřování prsů.

S kojením souvisí velmi úzce problematika samovyšetřování prsů. Proto byla v dotazníku tato otázka ženám položena. Výsledky této otázky nejsou příliš povzbudivé. Dotazované respondentky jsou ženy ve věkovém rozmezí 24 - 42 let. Všechny patří do věkové kategorie, která nemá nárok na vyšetření prsů mamografem hrazeným pojišťovnou. Jedinou prevencí u této věkové skupiny žen je opravdu jen samovyšetřování prsů.

Teorie říká, že nádory prsu jsou u žen nejčastějším zhoubným bujením reprodukčního systému. Incidence (1:100 000 žen) je v ČR větší než 30. První screeningové vyšetření by si měla žena provádět sama tzv. samovyšetřováním prsu a sice od 20 let každý měsíc vždy po menstruaci.(13)

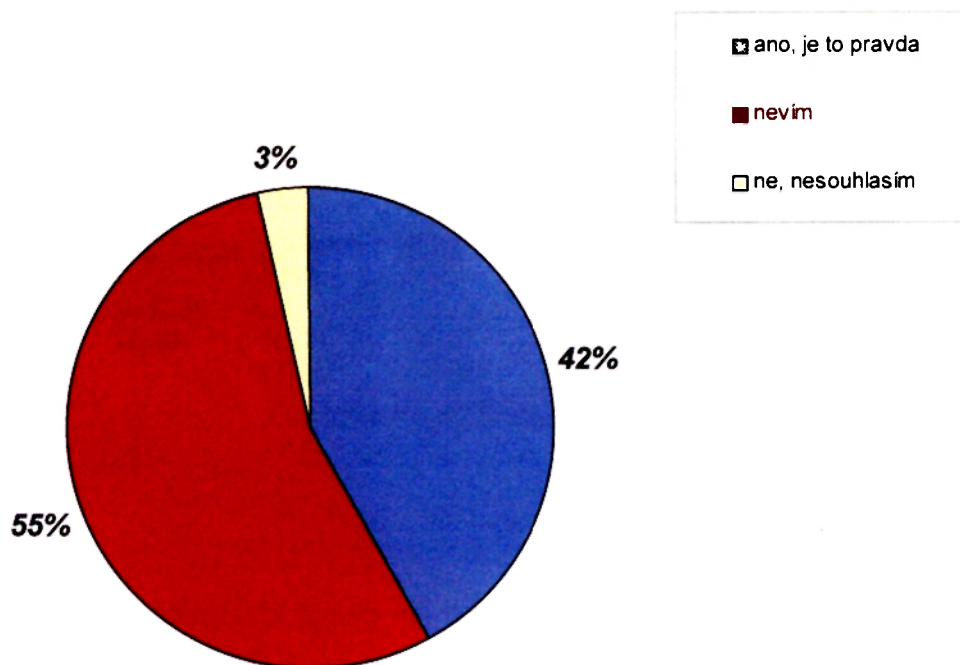


Graf. č. 29 Provedení samovyšetřování

Ze zjištěných výsledků je vidět, že pouze 4 % žen provádí doporučené samovyšetřování prsů pravidelně každý měsíc. Nejpočetnější skupinu tvoří ženy, celkem 68 % dotázaných respondentek, které provádí samovyšetřování prsů pouze občas. Velmi děsivým výsledkem je počet žen, 28 % matek, které samovyšetřování prsů neprovádí vůbec.

Pro praxi vyplývá, že je nutné ženy více informovat o důležitosti pravidelného samovyšetřování prsů, více alarmovat k nutnosti toto screeningové vyšetření provádět pravidelně každý měsíc.

V poslední otázce nás zajímalo, zda jsou ženy informovány o vlivu délky kojení na nižší výskyt rakoviny prsu u ženy.



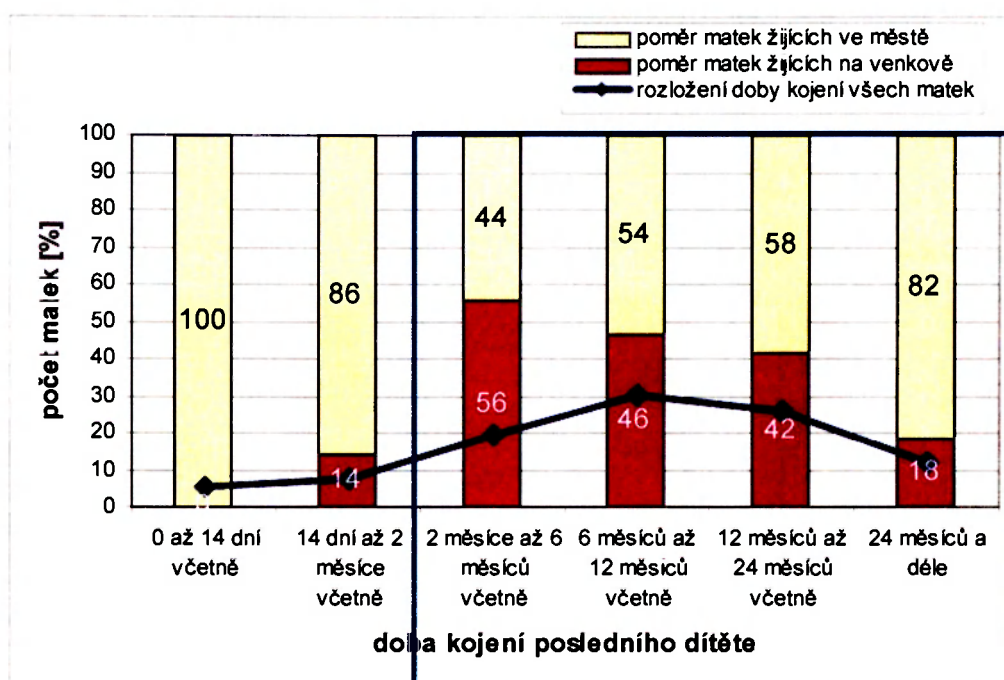
Graf č. 30 Názor žen na tento výrok

Výsledky této otázky ukazují, že velká skupina žen, celkem 55 % respondentek, neví o snižujícím se riziku výskytu rakoviny prsu u ženy s narůstající délkou kojení. Menší část žen, 42 % respondentek, tento výrok potvrzuje a souhlasí s ním. Pouze 3 % matek hodnotí tento výrok jako nepravdivý a nesouhlasí s ním.

Ze zhodnocení této otázky vyplývá, že je matky v praxi nutné informovat nejen o významu a důležitosti kojení pro jejich dítě, ale také o významu kojení pro jejich organismus, jejich zdraví.

3.4 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1: Matky žijící ve městě kojí své děti déle než matky žijící na vesnici.



Graf č. 31 Hypotéza č. 1

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda ženy žijící ve městě kojí delší dobu než ženy žijící na vesnici. Sledovali jsme vliv místa bydliště na celkovou dobu kojení. Předpokládala se větší informovanost žen ve městě, více možných zdrojů k získání informací – internet, knihovna, mateřská centra.

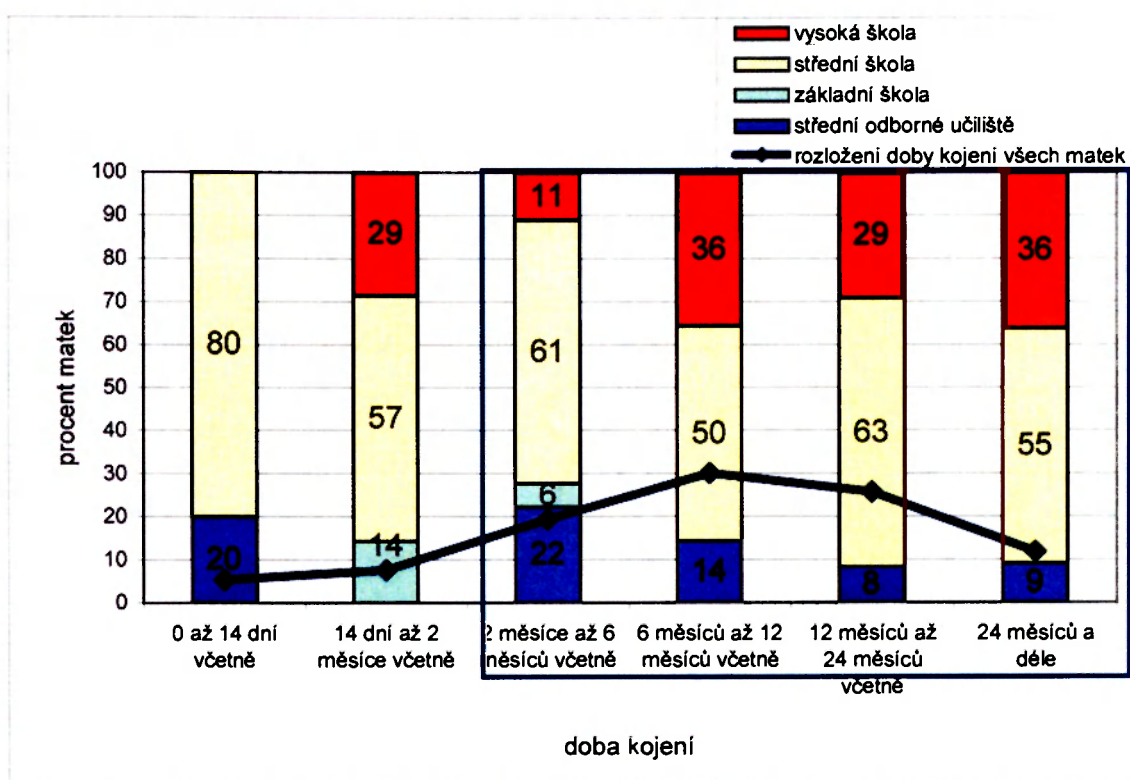
Při zpracování této hypotézy se vycházelo z odpovědí respondentek na otázku místa bydliště a celkové doby kojení (viz úvodní část dotazníku). Odpovědi matek byly rozčleněny do 6 časových úseků, viz x-ová souřadnice grafu. Pro vyhodnocení se hodí časové období od 2. měsíce a výše, viz modře zvýrazněná část grafu. Je to z toho důvodu, že předchozí dvě časová období (0 – 14 dnů a 14 dnů až 2 měsíce) byla

zastoupena velmi malým počtem matek a matky samy o ukončení kojení nerozhodovaly. Tyto důvody by výsledky velmi zkreslily.

Ze zhodnocených čtyř časových období (2 měsíce a výše) lze z grafu vypočítat, že se zvyšující se dobou kojení roste poměr matek žijících ve městě nad počtem matek žijících na vesnici. A to přibližně z poměru 45 : 55 až na poměr 82 : 18.

Ze zjištěných výsledků je patrné, že se **daná hypotéza potvrdila**. Matky žijící ve městě kojí celkově déle než matky žijící na vesnici.

Hypotéza č. 2: Vzdělanější matky (SŠ a VŠ) kojí své děti déle než matky s nižším vzděláním.



Graf č. 32 Hypotéza č. 2

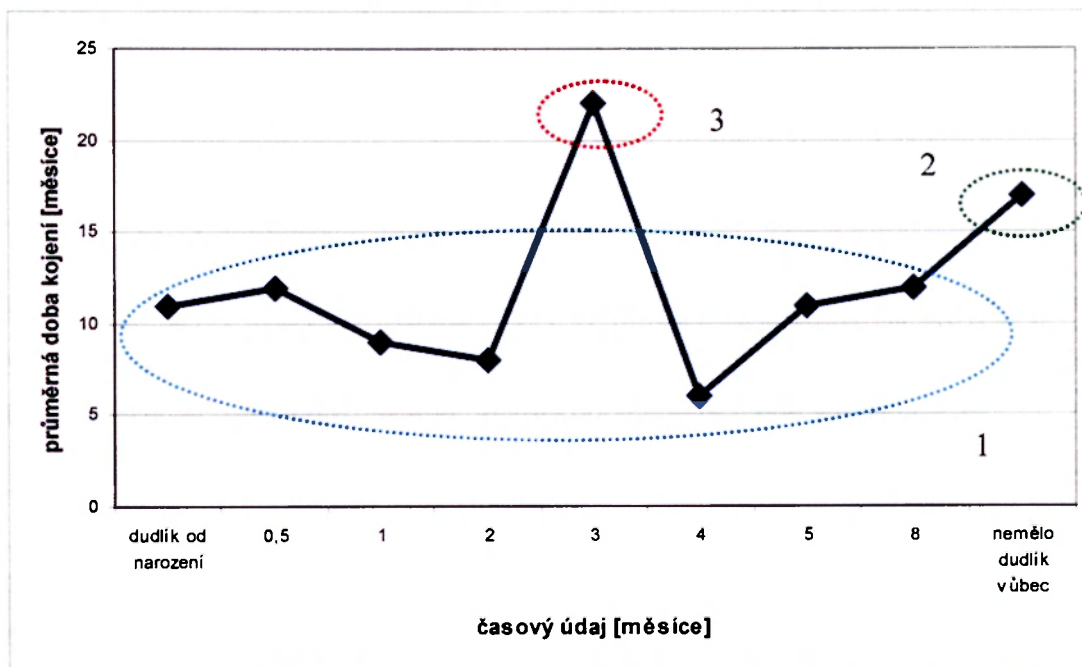
Hypotéza měla ověřit, zda nejvyšší dosažené vzdělání matky ovlivňuje celkovou dobu kojení. Předpokládala se delší celková doba kojení dítěte u žen s úplným středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Vycházelo se z předpokladu, že tyto ženy mají racionálnější přístup. Mají větší přehled o zdrojích a častěji těchto zdrojů využívají. To vše se odráží pozitivně na celkové době kojení. Pro tuto hypotézu bylo

využito odpovědí respondentek, zjišťujících nejvyšší dosažené vzdělání a celkovou dobu kojení (viz úvodní část dotazníku).

Jako u předchozí hypotézy byly pro další zpracování použity pouze čtyři časové úseky. Z grafů je patrné, že s narůstající celkovou dobou kojení vzrůstá vzdělanost kojících matek. Tomu odpovídá součet dvou sloupců v grafu zahrnující matky s úplným středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Uvedeme-li vztah v poměru, je to v rozmezí 2 - 6 měsíců 72 : 28, v rozmezí 6 - 12 měsíců 86 : 14, nad 24 měsíců 91 : 9. Vždy matky s vyšším vzděláním v těchto poměrech výrazně převyšují matky s nižším vzděláním.

Daná hypotéza se potvrdila. Matky s dosaženým úplným středoškolským a vysokoškolským vzděláním kojí celkově déle než matky s nižším vzděláním (dosažen učební obor a základní škola). Dá se tedy říci, že vyšší dosažené vzdělání žen evidentně ovlivňuje v pozitivním smyslu celkovou dobu kojení.

Hypotéza č. 3: Čím dříve je dítěti podán dudlík, tím dříve je kojení ukončeno.



Graf č. 33 Hypotéza č. 3

Cílem této hypotézy bylo hledat souvislost mezi dobou podání dudlíku dítěti a celkovou dobou kojení. Pro úspěšné kojení se nedoporučuje podávat dítěti dudlík. Pokud je to nutné, radí se oddálit podání dudlíku na co nejpozdější čas. Pro tuto hypotézu bylo využito odpovědí respondentek na otázku č. 8a a 8b (viz dotazník) a celkovou dobu kojení (viz úvodní část dotazníku).

Ihned v počátku je nutné zdůraznit, že zastoupení dětí v jednotlivých měsících bylo velmi nevyrovnané (viz tabulka) a tento fakt velmi ovlivnil získané výsledky. U této hypotézy z grafu vyplynuly 3 odlišné oblasti.

Oblast č.1

Grafické znázornění v této oblasti ukazuje na poměrně vyrovnanou celkovou dobu kojení přibližně 10 měsíců bez jakékoliv závislosti na měsíci, ve kterém byl dítěti podán dudlík

Oblast č. 2

Tato oblast ukazuje, že děti, které nikdy nedostaly během kojení dudlík, byly kojeny v průměru asi o 6 měsíců déle než kojené děti mající dudlík. Výsledek je velmi překvapivý.

Oblast č. 3

V této oblasti celkem 4 matky udaly dobu podání dudlíku ve 3. měsíci. Průměrná doba kojení těchto 4 žen byla 22 měsíců, což je výrazně vyšší než v ostatních případech. Musí se myslet na vliv malého počtu odpovídajících natek. Shodou okolností všechny 4 respondentky kojily déle než je průměrná doba u vybraného vzorku matek.

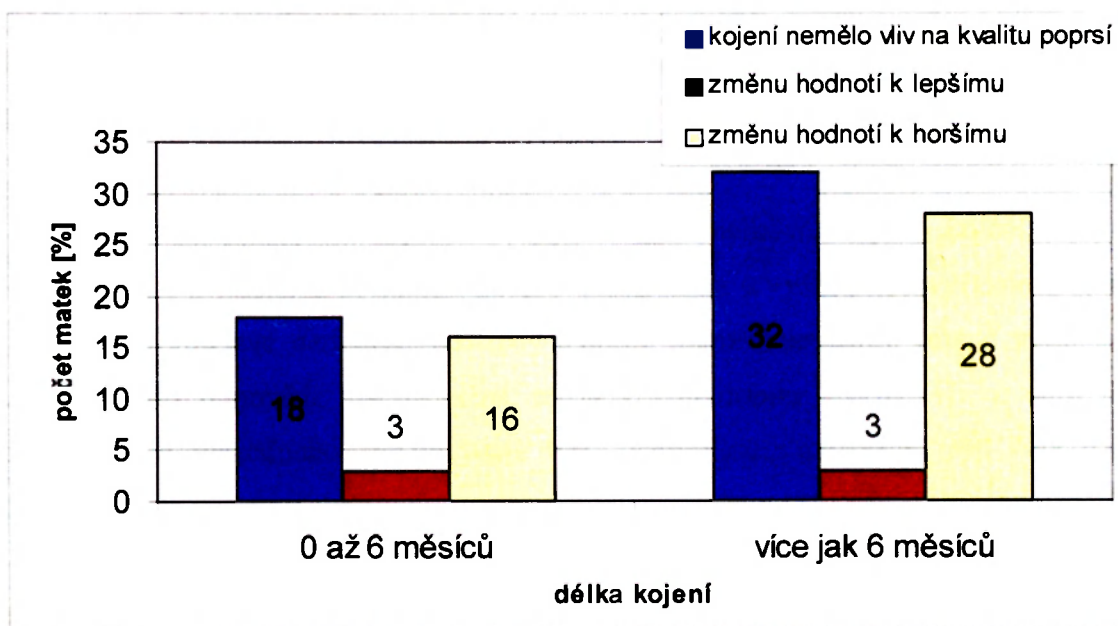
Zjištěné výsledky naší **hypotézu nepotvrdily**. Nebyl nalezen žádný vliv doby podání dudlíku dítěti na celkovou dobu kojení. Za velmi přínosné se dá ale považovat zjištění, že děti, které nikdy nedostaly dudlík, byly kojeny průměrně o 6 měsíců déle. Děti s dudlíkem jsou kojeny o 6 měsíců méně než děti, které dudlík nikdy nedostaly.

Dá se usuzovat, že nehraje roli měsíc podání dudlíku dítěti. Ale celkovou dobu kojení ovlivňuje pozitivně fakt, když dítěti nikdy není podán dudlík při kojení.

Dítě mělo dudlík od:	n_i	f_i [%]	průměrná doba kojení
dudlík od narození	24	26	11
od 0,5 měsíce	3	3	12
od 1. měsíce	21	23	9
od 2. měsíce	10	11	8
od 3. měsíce	4	4	22
od 4. měsíce	1	1	6
od 5. měsíce	3	3	11
od 8. měsíce	1	1	12
nemělo dudlík vůbec	26	28	17
celkem odpovědí	93	100	---

Tab. č. 10 Podání dudlíku

Hypotéza č. 4: Matky kojící své dítě déle než 6 měsíců hodnotí změny svého poprsí po celkovém ukončení kojení k horšímu.



Graf č. 34 Hypotéza č. 4

Cílem hypotézy bylo zjistit, zda délka kojení ovlivňuje kvalitu poprsí matek. Předpokládalo se, že kojení nad 6 měsíců mění stav poprsí žen k horšímu. Hranice šesti

měsíců byla určena z důvodu, že do této doby SZO doporučuje výlučné kojení. Byla určena dvě časová období: celková doba kojení od 0 do 6 měsíců a celková doba kojení více jak 6 měsíců. Pro tuto hypotézu bylo využito odpovědí žen na otázku č. 16 (viz dotazník) a celkovou dobu kojení (viz úvodní část dotazníku). Musíme brát v úvahu, že hodnocení stavu a změn poprsí každou ženou je velice subjektivní.

Celkem 6 odpovědí nemohlo být využito. Jednalo se o ženy, které ještě kojí po 2. roce života dítěte. Změny poprsí k lepšímu hodnotí 3 % matek, kojící do 6. měsíce života dítěte a 3 % matek, kojící své dítě nad 6 měsíců. Je to výrazně menší počet žen než bylo těch, co zaznamenaly změny svého poprsí k horšímu nebo nezaznamenaly žádnou změnu ve stavu svého poprsí. Z grafu je velmi snadno patrné, že počet matek hodnotících stav svého poprsí po ukončení kojení beze změn a počet žen hodnotících změny stavu svého poprsí po ukončení kojení k horšímu v časovém období do 6 měsíců je 18:16, tedy čísla poměrně vyrovnaná. V časovém období nad 6 měsíců je poměr téměř shodný, 32:28.

Hypotéza se nepotvrdila. Výsledky ukazují, že ženy hodnotí změny svého poprsí po ukončeném kojení k horšímu nebo hodnotí stav poprsí beze změn, ale nebyl nalezen žádný vliv délky samotného kojení.

Hypotéza č. 5: Celková doba kojení je závislá na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s vyšší mírou identifikace kojí déle.

V této hypotéze nás zajímala souvislost mezi celkovou dobou kojení a mírou identifikace s ženskou rolí. Předpokládalo se, že ženy s vyšší (více výraznou) mírou identifikace kojí své děti déle než ženy s mírou identifikace nižší (méně výraznou). Bylo použito odpovědí respondentek na celkovou dobu kojení (viz úvodní část dotazníku) a výsledného součtu bodů testu identifikace s ženskou rolí (viz závěr dotazníku).

Doba kojení byla rozdělena na 2 časová období: dobu kojení kratší (0 - 6 měsíců) a dobu kojení delší (více než 6 měsíců). Hranice 6. měsíce byla zvolena záměrně z důvodu, že tento čas je SZO od roku 1996 doporučován jako ideální k výlučnému (plnému) kojení.

Míra identifikace byla rozdělena na 2 skupiny: ženy s nižší mírou identifikace (0-10 bodů) a ženy s vyšší mírou identifikace (11-20 bodů). Bodová hranice byla určena

vzhledem k rozsahu 0 - 20 bodů. Průměrná hodnota identifikace u dotazovaných matek byla 11 bodů.

Průměrná doba kojení u respondentek byla zjištěna 12 měsíců. Z dané tabulky vyplývá, že 63 % matek získalo 11 a více bodů. Tyto respondentky můžeme označit jako ženy s vyšší mírou identifikace s ženskou rolí. Celkem 37 % žen získalo 10 bodů a méně. Skupinu těchto respondentek nazýváme ženami s nižší mírou identifikace s ženskou rolí.

Sledujeme-li dobu kojení, je vidět, že většina žen s nižší a vyšší mírou identifikace s ženskou rolí kojí déle než 6 měsíců. Při přesném spočítání poměru 26:11 (u méně výrazné identifikace) a 40:23 (u více výrazné identifikace) vychází poměr lehce vyšší u žen s méně výraznou identifikací. Ženy s nižší mírou identifikace s ženskou rolí kojí o maličko déle. Tento rozdíl je však velmi nepatrný.

Z hypotézy vyplývá, že u obou skupin matek je trend stejný – kojit déle než 6 měsíců. Hypotéza se nepotvrdila.

míra identifikace /délka kojení	méně výrazná (0-10 bodů)	více výrazná (11-20 bodů)
kratší (0-6 měsíců)	11%	23%
delší (více než 6 měsíců)	26%	40%

Tab. č. 11 Hypotéza č. 5

Hypotéza č. 6: Pocity při kojení ženy jsou závislé na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s vyšší mírou identifikace je vnímají jako příjemné.

Sledovali jsme souvislost hodnocení pocitů při samotném kojení matkou a mírou identifikace s ženskou rolí. Pro zpracování této hypotézy bylo použito odpovědi respondentek na otázku č. 14 (viz dotazník) a výsledného součtu bodů testu identifikace s ženskou rolí (viz závěr dotazníku).

Pocity při kojení byly rozděleny do 3 skupin podle vlastního zhodnocení respondentek: pocity při kojení příjemné, pocity při kojení vnímané jako neutrální a pocity při kojení prožívané matkou jako nepříjemné.

Míra identifikace byla rozdělena na 2 skupiny: ženy s nižší (méně výraznou) mírou identifikace (0-10 bodů) a ženy s vyšší (více výraznou) mírou identifikace (11-20 bodů). Bodová hranice byla určena vzhledem k rozsahu 0 - 20 bodů. Průměrná hodnota identifikace u dotazovaných matek byla 11 bodů.

míra identifikace /pocitů při kojení	méně výrazná (0-10 bodů)	více výrazná (11-20 bodů)
příjemné	26%	42%
neutrální	11%	18%
nepříjemné	0%	3%

Tab. č. 12 Hypotéza č. 6

Je velmi překvapující, že velmi málo respondentek hodnotilo pocitů při kojení jako nepříjemné. Ve skupině žen s nižší mírou identifikace tyto pocitů neuvědla žádná žena, u žen s vyšší mírou identifikace prožívala nepříjemné pocitů při kojení pouze 3 % žen. Objevuje se otázka, zda se jednalo o nepříjemné pocitů při kojení pouze nárazové či stálé, po celou dobu laktace. Nesmíme zapomenat, že zjištěná průměrná doba kojení respondentek byla dlouhá, 12 měsíců.

Z přehledu tabulky vyplývá, že poměr mezi příjemnými a neutrálními pocitů u žen s nižší mírou identifikace (26:11) a u žen s vyšší mírou identifikace (42:18) vychází téměř stejný. Daná **hypotéza se nepotvrdila**. Dosažená míra identifikace s ženskou rolí neovlivňuje pocitů žen při kojení.

Diskuse

V historii lidstva se stále vědělo o významu mateřského mléka a nikdo o něm nepochyboval. Případně se hledala náhrada mateřského mléka v podobě kojné. Avšak až 20. století, především 50. léta, přišla s přesvědčením, že existuje něco daleko lepšího pro dítě než je mateřské mléko. Byla to umělá výživa, která ovlivnila celou řadu věcí. Narušila se tradice kojení, přenášená z matky na dceru, nebyla nutná žádná výchova ke kojení, nebylo potřebné vybavit zdravotníky dovednostmi a znalostmi o kojení. Můžeme se radovat, tato myšlenka se neuchytila našťástí na mnoho let. Dozvuky umělé výživy ale u nás v České republice přetrvávají ještě v roce 2007.

Narodila jsem se v roce 1976. Bohužel, ani já jsem nebyla příliš dlouho kojena. Ale už jsem měla štěstí jako matka, obě děti jsem kojila do 2. narozenin.

Pevně věřím, že naše práce přinesla ucelený náhled na současnou problematiku kojení. Z vlastních zkušeností a poznatků jsem očekávala, že celková doba kojení u nás v České republice neustále narůstá. Tyto výsledky se potvrdily a jsou velmi radostné. Průměrná doba kojení byla u našich respondentek dvanáct měsíců. Velmi nás překvapily velké rezervy v dovednostech a znalostech o kojení u zdravotníků. Nepříjemné pocity máme z neustálé propagace umělé výživy, především v médiích.

V naší práci jsme ověřovali celkem šest hypotéz. Potvrdily se pouze dvě ze stanovených hypotéz. Očekávali jsme určitou souvislost mezi kojením a identifikací s ženskou rolí. Tato myšlenka byla sledována ve dvou hypotézách a byla v obou případech vyvrácena. Neprokázal se žádný vliv dosažené míry identifikace s ženskou rolí na samotné kojení. Ukázalo se, že opravdu velmi silně narůstá u nás v České republice trend kojit své dítě co nejdéle. Důležitým zjištěným při ověřování hypotéz byl fakt, že děti, které nikdy nedostaly dudlík, byly kojeny v průměru o 6 měsíců déle než děti s dudlíkem.

V naší práci jsme sledovali problematiku kojení u žen v České republice. Jistě by bylo zajímavé provést srovnávací studii problematiky kojení v ČR a v zahraničí. Ze svých poznatků navrhuji opatření, která by mohla kojení více podpořit a zlepšit současnou situaci,

Opatření pro podporu kojení

Na jednotlivých úsecích zdravotnické péče (prenatální poradna, porodnice, pediater na dětském obvodu) je nutné vhodně pečovat o ženy, maximálně je vést a podporovat ke kojení. Prvním místem, kde lze začít s podporou ke kojení, je prenatální poradna. Úkolem prenatální poradny je vysvětlit těhotným ženám význam kojení a seznámit je se základní technikou kojení. Nemělo by se zapomínat na anatomické malformace prsou těhotných žen, které by mohly kojení narušit. Jsou-li tyto malformace zjištěny, měly by se vhodně léčit pomůckami k tomu určenými. Těhotné ženy musíme informovat o správné výživě, zákazu kouření, alkoholu a drog. Nabídnout těhotným ženám veškeré zdroje, ve kterých je možné získat rady a poznatky o kojení (literatura, internet, těhotenské kurzy, přednášky, brožurky, letáky). Dále je důležité budoucím maminkám poskytnout informace o existenci porodnic tzv. Baby-Friendly Hospital a o činnosti laktačních poradkyň.

Velmi důležitým místem pro podporu kojení jsou samotné porodnice. Předpokladem úspěšného kojení je zahájit kojení co nejdříve po porodu (spontánním porodu, císařském řezu). Znovu vysvětlit maminkám základní techniku kojení, odšťikávání mateřského mléka a péči o prsy. V žádném případě neomezovat délku a frekvenci kojení. Je důležité dát matce a dítěti čas a prostor vytvořit si vlastní režim v kojení. To je možné dostatečně zajistit systémem rooming-in. V případě nutnosti oddělení matky a dítěte (nejčastěji to bývá v prvních dnech po císařském řezu) se snažit o co nejčastější vzájemný kontakt dítěte a matky a v každém případě podporovat kojení. Nesmíme podávat novorozencům jinou stravu než je mateřské mléko. Je-li nevyhnutelné podat dítěti příjím, je důležité využít alternativních způsobů kojení. Při propuštění domů musíme matkám zdůraznit význam výlučného kojení (novorozenec nedostává kromě mateřského mléka jinou stravu) a znovu ženám zopakovat nejdůležitější zásady kojení. Obecně by v porodnicích měly být zaváděny postupy a zásady, které kojení maximálně podporují.

Po propuštění z porodnice zaujímá velmi důležitou roli dětský lékař ve své poradně. Maminky si dětského lékaře samy vybírají. Z tohoto důvodu můžeme předpokládat určitou důvěru, kterou maminky k těmto lékařům mají. Dětský lékař by měl společně s dětskou sestrou maminku již od první návštěvy podporovat v kojení.

Zajímat se o problémy, které mohou při kojení nastat a být vždy nápomocen v jejich řešení.

Aby ke všem těmto krokům mohlo dojít, je nutné usilovat o maximální získávání dovedností a znalostí o kojení u všech zdravotníků (lékařů a sester). Neustále je potřebné získané dovednosti a znalosti rozvíjet a hlavně doplňovat. Začíná se u nás slibně rozvíjet činnost laktačních poradkyň, kterou je důležité nadále podporovat. Jeví se jako velmi nutné získávat dovednosti a znalosti o kojení již na základních školách, středních zdravotnických školách a také na lékařských fakultách.

Musíme si ale uvědomit, že podpora ke kojení nesmí začínat až u těhotných žen. Je nutné a velmi důležité začít s výchovou ke kojení již od útlého věku dítěte. Děti rády napodobují kojení ve svých hrách s panenkou. Velice významná je i výchova ke kojení v rámci výuky na školách. Stačí alespoň předat základní informace a zdůraznit význam kojení. U nás vinou umělé výživy byla přerušena tradice kojení z matky na dceru. Tuto tradici je potřeba opět oživit.

Významným článkem pro podporu kojení je samotný stát. Stát by měl kojení podporovat svými zásahy. Umožnit matkám být s dítětem doma do jeho 3. roku života a dostatečně finančně podpořit ženy v době péče o dítě. Je nutné omezit reklamu umělé výživy a naopak podpořit kladné představení kojení ve všech médiích. Úkolem státu by mělo být podporovat veškeré trendy ke zdravému životnímu stylu, tedy i kojení. Stát by měl informovat i o zařízeních, která kojení podporují (Národní laktační centrum, UNICEF,...). A dále by se měl snažit o maximální podporu vzniku Horkých linek a poradenských center na kojení v ČR.

Závěr

Úroveň kojení v České republice prodělala za posledních dvacet let veliké pokroky. Během těchto let musely být vyvráceny silně zakořeněné mýty o výhodách umělé výživy nad kojením. Dnes již nikdo o významu a nenahraditelnosti mateřského mléka nepochybuje. Současné maminky chtějí kojit a kojí, což potvrdily i výsledky této diplomové práce. Kojení se u nás začíná postupně, ale jistě rozvíjet.

V teoretické části byly shrnuty nejnovější poznatky o kojení a sledován vývoj kojení v průběhu času. V praktické části byla sledována problematika kojení z pohledu žen – matek.

Cíle naší práce byly zaměřeny na získání těchto informací:

- zmapovat současný stav a úroveň kojení v České republice
- zjistit klady a zápory kojení z pohledu matek
- sledovat vliv identifikace s ženskou rolí na kojení

Byly stanoveny následující hypotézy:

H 1 - matky žijící ve městě kojí své děti déle než matky žijící na vesnici

H 2 - vzdělanější matky (SŠ a VŠ) kojí své děti déle než matky s nižším vzděláním

H 3 - čím dříve je dítěti podán dudlík, tím dříve je kojení ukončeno

H 4 - matky kojící své dítě více než 6 měsíců, hodnotí změny svého poprsí po celkovém ukončení kojení k horšímu

H 5 - celková doba kojení je závislá na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s vyšší mírou identifikace kojí déle

H 6 - pocity ženy při kojení jsou závislé na míře identifikace s ženskou rolí, ženy s vyšší mírou identifikace je vnímají jako příjemné

Našeho výzkumu se zúčastnilo celkem 93 žen. Průměrný věk žen byl 31,5 roku. Základní podmínkou pro výběr respondentek bylo mít dítě ve věku 2 - 4 roky. Výzkum probíhal v prosinci 2006 na území Ústeckého kraje. K získání informací jsme použili metodu dotazníku vlastní konstrukce a testu míry identifikace s ženskou rolí. Dotazník obsahoval základní statistické údaje o matce a dítěti a celkem 26 otázek na vlastní problematiku kojení. Test identifikace s ženskou rolí obsahoval 20 nedokončených vět.

Za nejdůležitější výsledky naší práce považujeme zjištění, že průměrná doba kojení respondentek byla 12 měsíců. Ideální dobu kojení vidí ženy jeden rok. Doba kojení se výrazně prodlužuje. Byla porovnána celková doba kojení dětí a celková doba kojení jejich matek. Jasně se ukázalo, že celková doba kojení dětí velmi výrazně narostla v porovnání s dobou kojení jejich matek. Má-li žena více dětí, jednotlivá doba kojení u každého dítěte je velmi rozdílná. Ženy jsou podporovány v kojení, především svojí rodinou. Postoj pediatriů ke kojení v dětských poradnách byl zhodnocen jako kladný. Pocity žen při kojení jsou převážně pozitivní a neutrální. Jako nejdůležitější na kojení hodnotí ženy význam mateřského mléka pro zdraví dítěte. Největší nevýhodu vidí v nutné opatrnosti ve výběru potravin a tekutin pro matku. Ženy za významný zdroj informací o kojení označují zdravotnický personál v porodnici. Bohužel, ne vždy jsou podané informace dostatečné. Výsledky ukázaly, že děti rády usínají u prsu matek. Ženy užívají léky při kojení s velkou opatrností. Kouření a alkohol se při kojení objevují velmi zřídka. Neprokázal se vliv míry identifikace s ženskou rolí na postoj ke kojení, celkovou dobu kojení a pocity při kojení. Práce poukázala na nutnost více ženy informovat o důležitosti pravidelného samovyšetřování prsů a více alarmovat na nutnost toto screeningové vyšetření provádět pravidelně každý měsíc.

Hypotéza č. 1 se potvrdila. Byl ověřen kladný vliv místa bydliště ve městě na celkovou dobu kojení.

Hypotéza č. 2 byla ověřena. Potvrdilo se, že vyšší vzdělání žen (středoškolské a vysokoškolské) evidentně ovlivňuje v pozitivním smyslu celkovou dobu kojení.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila. Nebyl nalezen žádný vliv doby podání dudlíku dítěti na celkovou dobu kojení. Bylo ale zjištěno, že děti, které nikdy nedostaly dudlík, byly kojeny v průměru o 6 měsíců déle.

Hypotéza č. 4 se nepotvrdila. Výsledky ukázaly, že ženy hodnotí změny svého poprsí po ukončeném kojení k horšímu nebo hodnotí stav svého poprsí beze změn. Neprokázala se však žádná souvislost mezi délkou samotného kojení a daným hodnocením.

Hypotéza č. 5 nebyla potvrzena. Z výsledků vyplynulo, že u obou skupin matek existuje stejný trend – kojit déle než 6 měsíců.

Hypotéza č. 6 se nepotvrdila. Zjistilo se, že dosažená míra identifikace s ženskou rolí neovlivňuje pocity žen při kojení.

Diplomovou práci bych ráda ukončila jednoduchou, ale pravdivou větou:

„Kojení a mateřská láska nejsou ničím nahraditelné.“

Seznam literatury

- (1) BRDLÍK, J., et al. *Stručná terapie dětských nemocí pro lékaře a mediky*. Praha: Nakladatelství Josef Springer, 1928.
- (2) ČECHOVÁ, V., et al. *Speciální psychologie*. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-243-4.
- (3) DANEŠ, J. et al. *Nemoci prsu pro gynekology*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-714.
- (4) FRUHAUF, P., et al. *Fyziologie a patologie dětské výživy*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0069-2.
- (5) GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-32-9.
- (6) HANREICH, I. *Výživa kojenců aneb jídlo a pití v prvním roce života*. Praha: Grada 2000. ISBN 80-7169-841-5.
- (7) HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-888-0.
- (8) HRONEK, M. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5.
- (9) JEDLIČKA, R. *Psychosociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie*. Praha: SVI, 2003. ISBN 80-7290-070-6.
- (10) JUŘENÍKOVÁ, P., et al. *Ošetřovatelství 1*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999.
- (11) KARGER, P., et al. *Rodičům na nejhezčí cestu*. Jinočany: H a H Vyšehradská, 2004. ISBN 80-7319-023-0.
- (12) KLÍMOVÁ, A., et al. *Kojení – dar pro život*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-490-8.
- (13) KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.

- (14) MELLANOVÁ, A. *Psychologie v ošetrovatelství*. Praha: SPN, 1989.
ISBN 17-398-89.
- (15) MORRIS, D. *Lidské mládě*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-77-2.
- (16) MYDLILOVÁ, A. Alternativní způsoby krmení. *MaMiTa*. 2003, roč. 3, č. 4,
s. 16-17.
- (17) POKORNÝ, J. et al. *Přehled fyziologie člověka II. díl*. Praha UK: Karolinum,
2002. ISBN 80-246-0229-6.
- (18) POLÍVKOVÁ, A. *Faktory ovlivňující názory a postoje budoucích rodičů k účasti
otce u porodu*. Diplomová práce, Praha: Filozofická fakulta, 1998.
- (19) REGIONÁLNÍ MUZEUM. *Confluens*. Regionální muzeum Mělník, 2005.
ISBN 80-903453-2-8.
- (20) SCHNEIDEROVÁ, D. et al. *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*. Praha:
Grada 2002. ISBN 80-247-0112-X.
- (21) STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman
Press, 2001. ISBN 80-86356-04-3.
- (22) STOŽICKÝ, F., et al. *Nemoci dětského věku*. Praha: Karolinum, 2004.
ISBN 80-246-0711-5.
- (23) ŠRAČKOVÁ, D. Hladoví novorozenec? *MaMiTa*, 2003, roč. 3, č. 6, s. 12-13.
- (24) ŠRAČKOVÁ, D. Kojení v zrcadle historie. *MaMiTa*, 2002, roč. 2, č. 1, s. 26-27.
- (25) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005.
ISBN 80-246-0956-8.
- (26) WEIGERL, V. *Všechno o kojení*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – dotazník a test identifikace s ženskou rolí

Příloha č. 2 – alternativní způsoby krmení

Příloha č. 3 – odstříkávání mateřského mléka

Příloha č. 4 – pohled do historie kojení: rok 1937

Příloha č. 5 – statistický přehled vývoje kojení v ČR

Příloha č. 6 – současná reklama umělé výživy

Příloha č. 1
Vážené maminky,

Dovoluji si Vás požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely diplomové práce s názvem: Kojení z pohledu žen. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost odpovědi.

Předem děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Hana Vrbová
magisterské studium učitelství
1. lékařské fakulty UK v Praze

Celkový počet Vašich dětí.....

Váš věk.....

Věk Vašeho dítěte

Vaše národnost.....

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- zvláštní škola
- základní škola
- učební obor
- střední škola s maturitou
- vysoká škola

Vaše bydliště:

- město
- vesnice

1. Kolik měsíců jste kojila své poslední dítě?

.....měsíců

Pokud jste nekojila vůbec, napište prosím z jakého důvodu.

.....

Měla jste pocit, že jste jako matka selhala?

- ano
- ne

2. Kde jste získala informace a rady o kojení?

- rodina, kamarádky
- předporodní kurz
- těhotenská poradna
- porodnice – od personálu
- knížky, časopisy, brožurky, letáky
- internet
- další možnost – napište prosím.....

3. Měla jste podporu v kojení ve Vašem okolí?

- ne
- ano, napište koho:.....

4. Za jak dlouho po porodu Vám bylo Vaše dítě přiloženo k prsu ?

Uved'te časový údaj (minuty, hodiny, dny).....

5. Jak hodnotíte informace o kojení získané v porodnici od lékařů, dětských sester, porodních asistentek?

- úplné, dostatečné
- částečné
- vůbec žádné

6. Kolik měsíců jste dítě plně kojila? Dítě nedostávalo nic jiného, než mateřské mléko.....měsíců

7. Ve kterém měsíci dostalo Vaše dítě poprvé čaj?.....měsíc

8. Mělo Vaše dítě dudlík?

- ne, vůbec
- ano, odměsíce

9. Musela jste odstříkávat mléko?

- ne, vůbec
- někdy
- stále

Pokud jste odstříkávala, bylo to:

- rukou
- odsávačkou

10. V jaké poloze jste nejčastěji kojila?

- vsedě
- vleže
- pokud v jiné poloze, dopište ji sama.....

11. Bylo Vaše dítě zvyklé usínat u prsu?

- ano, vždy
- ne, vůbec
- občas

12. Pokud jste kojila na veřejnosti (mimo domov), jak na Vás reagovalo Vaše okolí?

- neutrálně
- s odporem, pohoršeně
- s úsměvem a uznáním

13. Jaký názor zastával Váš dětský lékař při návštěvách v poradně?

- podporoval kojení
- nezajímal se o kojení
- odrazoval mne v kojení

14. Jaké pocity jste měla při samotném kojení?

- příjemné
- neutrální
- nepříjemné

15. Jakým způsobem jste ukončila kojení?

- náhle
- postupně

Rozepište prosím přesný způsob ukončení
kojení.....

16. Jak se změnilo po úplném skončení kojení Vaše poprsí?

- tvar, velikost zůstaly stejné
- změny hodnotím k lepšímu
- změny hodnotím k horšímu

17. Užívala jste během kojení nějaké léky?

- ne
- ano, napište

jaké:.....

18. Kouřila jste během kojení?

- ne
- ano, napište počet kusů cigaret denně.....

19. Požívala jste alkohol během kojení?

- ne, vůbec
- ano, příležitostně
- ano, pravidelně

20. Co hodnotíte na kojení jako významné a důležité? (můžete označit více možností)

- mateřské mléko je to nejlepší pro zdraví mého dítěte
- kojení má význam pro moje tělo
- díky kojení máme s dítětem silný citový vztah
- kojení je levné, rychlé, pohodlné
- další možnost,
napište:.....

21. Co Vám na kojení nejvíce vadilo? (můžete označit více možností)

- byla jsem stále upoutána k dítěti, nemohla jsem se na delší chvíli vzdálit
- musela jsem být stále opatrná ve výběru jídla a pití pro sebe
- měla jsem stále problémy s prsy (záněty, trhliny)
- vadily mi velké, nalité prsy
- další možnost, napište:.....

22. Jaká je podle Vašeho názoru ideální doba kojit dítě?

Napište dobu v měsících.....

23. Pokud máte další dítě (dětí), napište, kolik měsíců jste je kojila.

.....měsíců
..... měsíců

24. Víte, jak dlouho jste byla Vv jako dítě kojena?

- ne
- ano, doplňte kolik měsíců.....

25. Provádíte samovyšetřování prsů?

- pravidelně každý měsíc
- občas
- ne, vůbec

26. Souhlasíte, že s délkou kojení dítěte se snižuje riziko výskytu rakoviny prsu u ženy?

- ano, je to pravda
- nevím
- ne, nesouhlasím

Doplňte následující nedokončené věty. Napište první myšlenku, která Vás napadne.

- 1./ Rodiče.....
- 2./ Někdy si přála
- 3./ Žena by měla
- 4./ Jsem
- 5./ Muži jsou šťastní, protože
- 6./ Otec a dcera.....
- 7./ Manželství přináší.....
- 8./ Mnoho mužů si myslí, že žena.....
- 9./ Těhotná žena.....
- 10./ Nejhorší věcí v životě ženy je.....
- 11./ Když byla se svojí matkou.....
- 12./ Menstruace znamená.....
- 13./ Žena je ve své domácnosti.....
- 14./ Matka se svým dítětem.....
- 15./ Ženské tělo.....
- 16./ Ženy by v naší společnosti.....
- 17./ Žena se cítí dobře, když.....
- 18./ Ženy jsou šťastné, protože.....
- 19./ Pro ženu je kariérou.....
- 20./ Když jsem se svým partnerem.....

Příloha č. 2

Alternativní způsoby krmení

Krmení lžičkou



Krmení stříkačkou



Krmení z kádinky



Suplemantor



Kojení stříkačkou po prstu

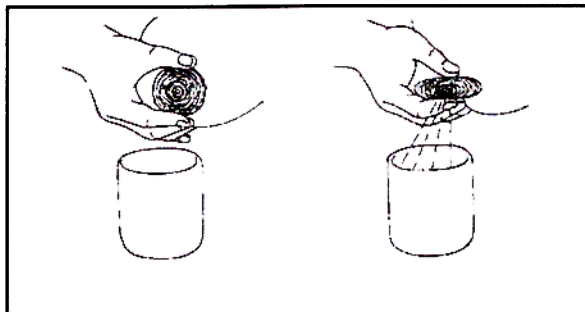


Kojení pomocí cévky po prsu

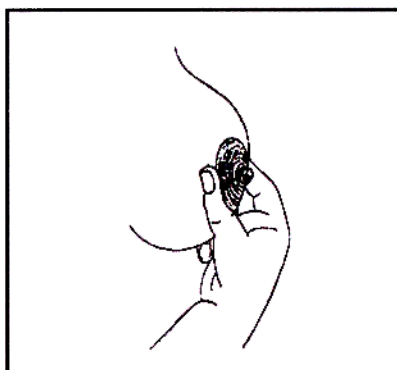


Příloha č. 3

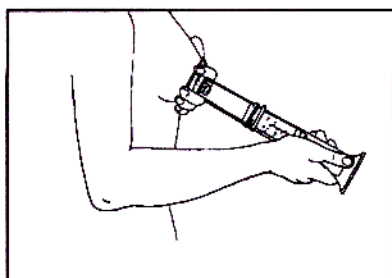
Uchopení bradavky při odstříkávání mléka
Vlastní odstříkávání mléka



Změny pozice prstů na dvorci při odstříkávání mléka



Odsávání mléka odsávačkou



Příloha č. 4

Historie kojení – rok 1937

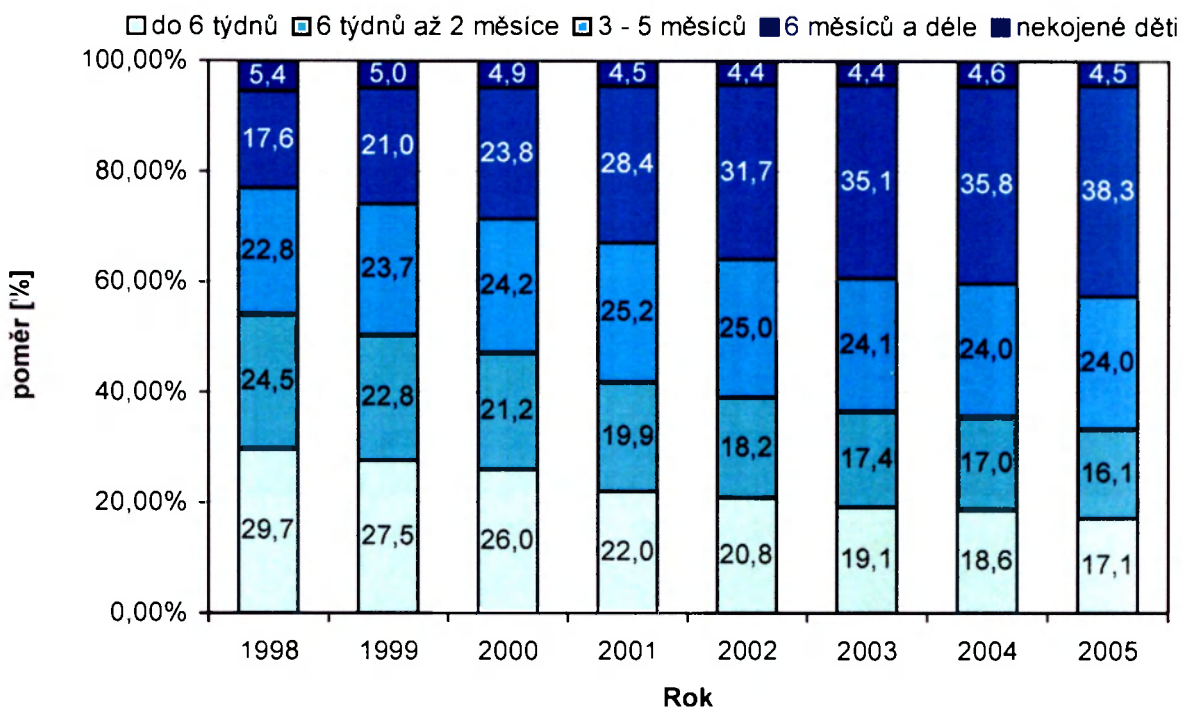


Příloha č. 5

Vývoj struktury dětí podle délky kojení v letech 1998 - 2005

Kojené děti	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
do 6 týdnů	27 621	25 040	23 201	19 742	18 605	17 470	17 211	16 368
v 6 týdnech až do 3 měsíců	22 773	20 734	18 931	17 858	16 297	15 843	15 781	15 416
ve 3 měsících až do 6 měsíců	21 273	21 551	21 563	22 603	22 367	21 989	22 225	22 890
v 6 měsících a déle	16 406	19 062	21 242	25 526	28 366	32 020	33 150	36 545
nekojené děti	5 027	4 520	4 341	4 079	3 917	3 977	4 221	4 259

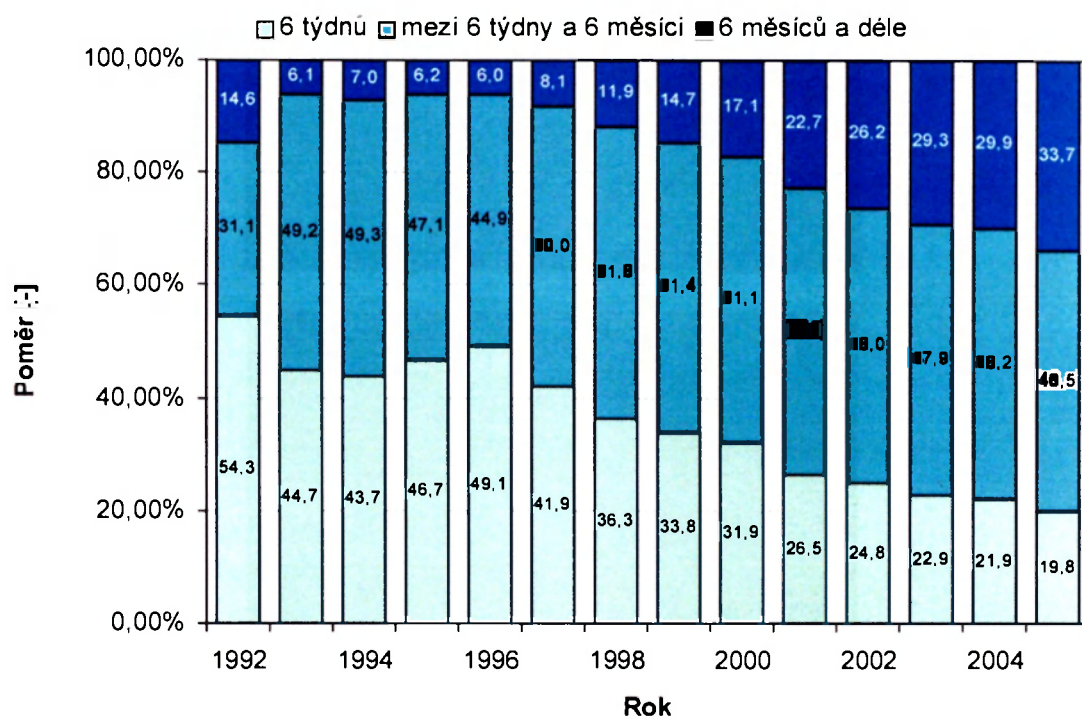
Vývoj struktury dětí podle délky kojení



Vývoj struktury dětí podle délky kojení – plně kojené děti v letech 1992 - 2005

Plně kojené děti	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
6 týdnů	54 067	32 204	33 559	32 249	34 399	29 217	21 175	19 123	17 441	15 212	14 201	13 262	12 696	12 029
mezi 6 týdnů a 6 měsíci	30 999	35 398	37 848	32 565	31 407	34 902	30 178	29 089	27 949	29 160	28 060	27 767	27 881	28 250
6 měsíců a déle	14 554	4 375	5 406	4 259	4 209	5 664	6 943	8 337	9 338	13 029	14 972	16 963	17 267	20 477

Vývoj struktury dětí podle délky kojení - plně kojené děti



Příloha č. 6

Reklama umělé výživy v současném tisku (Blesk)

Vyrostli jsme na Sunaru



Leoš Mareš
Moderátor. Spoluorganizátor občanských nezávislých pořadů a moderátor úspěšných televizních pořadů.



Pro aktivní ráno a klidnou noc.

Sunar
Chutná mláča, ovušená každým dítětem


Podpora DDD
hlášení výživu
www.BEHEA.cz
800 204 100




SUNARKA
Pro aktivní ráno a klidnou noc

Pro bezpečnější výživu dítěte každého rodiče na počátku cesty je velmi důležitá kvalita. Dítěti mláča a ovušené mléko musí být praktická, výživná a poměrně sladká a zároveň snadno stravitelná.

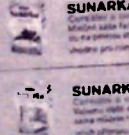
Nejlepší a nejpřirozenější způsobem výživy dítěte je mateřské mléko. Pokud je dítě kojeno, mateřské mléko, brýzy kojení. Pokud dítě není kojeno, mláča je vhodná za předpokladu, že výrobek Sunarka obsahuje veškeré potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc.




SUNAR
Základní mláča
Základní mláča Sunar je vysoce kvalitní a obsahuje všechny potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc. Je to nejlepší volba pro kojence, kteří nejsou kojeni mateřským mlékem.



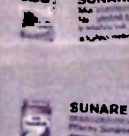
SUNARKA
Mléko s ovušením
Mléko s ovušením Sunarka je vysoce kvalitní a obsahuje všechny potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc. Je to nejlepší volba pro kojence, kteří nejsou kojeni mateřským mlékem.




SUNAR
Mléko s ovušením
Mléko s ovušením Sunar je vysoce kvalitní a obsahuje všechny potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc. Je to nejlepší volba pro kojence, kteří nejsou kojeni mateřským mlékem.




SUNARKA
Mléko s ovušením
Mléko s ovušením Sunarka je vysoce kvalitní a obsahuje všechny potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc. Je to nejlepší volba pro kojence, kteří nejsou kojeni mateřským mlékem.



SUNAR
Mléko s ovušením
Mléko s ovušením Sunar je vysoce kvalitní a obsahuje všechny potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc. Je to nejlepší volba pro kojence, kteří nejsou kojeni mateřským mlékem.



SUNAREK
Mléko s ovušením
Mléko s ovušením Sunarek je vysoce kvalitní a obsahuje všechny potřebné složky pro zdravý výživu a klidnou noc. Je to nejlepší volba pro kojence, kteří nejsou kojeni mateřským mlékem.



SUNAR
Chutná mláča, ovušená každým dítětem

Podpora DDD
hlášení výživu
www.BEHEA.cz
800 204 100

