

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Specializace ve zdravotnictví

Nutriční terapeut



Michaela Jindřichová

Vliv informovanosti a odborné pomoci na délku výlučného kojení

The impact of awareness and professional help on the lenght of exclusive breastfeeding

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Marcela Floriánková

Praha, 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 04. 2022

Michaela Jindřichová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Marcele Floriánkové za veškerý čas, ochotu a cenné rady, které mi v průběhu vedení závěrečné práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat Janu Halouskovi za pomoc se statistickým zpracováním dat a mé rodině, přítelovi a přátelům za podporu, které se mi od nich dostalo. Poděkování také patří všem ženám, které si našly čas k vyplnění mého dotazníku.

Identifikační záznam

JINDŘICHOVÁ, Michaela. *Vliv informovanosti a odborné pomoci na délku výlučného kojení. [The impact of awareness and professional help on the lenght of exclusive breastfeeding]*. Praha, 2022. 79 stran, 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika – endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Marcela Floriánková

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou výlučného kojení – zejména vlivem informovanosti kojících žen a odborné pomoci na délku výlučného kojení. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je krátce popsána fyziologie laktace, složení mateřského mléka, jeho porovnání s náhradní kojeneckou mléčnou výživou a také jeho přínosy pro matku a dítě. Dále se zabývá zásadami úspěšného kojení, správnou technikou, podporou kojení, nejčastějšími obtížemi, které se během kojení mohou vyskytnout, a doporučenými postupy k jejich zvládnutí. Praktická část byla zpracována na základě anonymního dotazníkového šetření, které proběhlo od prosince 2021 do března 2022 ve 4 ambulancích praktického lékaře pro děti a dorost na území hlavního města Prahy a okresu Praha-východ. Dotazník byl určen pro matky kojenců mezi ukončeným 6. – 12. měsícem věku, kteří jsou jejich prvním dítětem. Šetření se zúčastnilo celkem 32 respondentek.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda odborná pomoc poskytnutá při obtížích během výlučného kojení pomáhá významně prodloužit délku výlučného kojení (s porovnáním vlivu jednotlivých profesí). Sekundárními cíli bylo zjistit podíl matek, které odbornou pomoc během výlučného kojení potřebují, zjistit nejčastější obtíže, se kterými se kojící matky potýkají, a zjistit informovanost kojících žen o doporučené délce výlučného kojení a jeho přínosech.

Z výsledků vyplývá, že významná část kojících žen (87 %) potřebuje během výlučného kojení odbornou pomoc kvůli výskytu obtíží spojených s kojením. 94 % žen je před porodem rozhodnuto kojít, 65 % dotázaných uvedlo správně doporučenou délku výlučného kojení, 59 % žen se podařilo doporučenou délku výlučného kojení dodržet. Při obtížích se kojící matky nejčastěji obrací na laktačního poradce (50 %), subjektivní úspěšnost pomoci od laktačního poradce uvedlo 92,9 % žen. Byla zjištěna pozitivní korelace mezi vyhledáním odborné pomoci u laktačního poradce a následným dodržením doporučené délky kojení, ovšem bez statisticky prokázané významnosti při malé velikosti souboru. Statisticky významný byl vliv laktačního poradce na subjektivní pocit matky ohledně překonání obtíží a rovněž návštěva laktačního poradce během pobytu v porodnici statisticky významně korelovala s dodržením doporučené délky výlučného kojení. U ostatních profesí se nepodařilo prokázat významný vliv na délku výlučného kojení ani subjektivní pocit matky. Nejčastějšími obtížemi u kojících žen byly obtíže s přisáváním dítěte (46 %) a nedostatečná tvorba mléka (39 %). Informovanost matek o doporučené délce výlučného kojení má pozitivní a statisticky významný vliv na udržení doporučené délky kojení.

Klíčová slova: výlučné kojení, mateřské mléko, kojeneček, laktační poradce, zdravotní výchova

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of exclusive breastfeeding - especially with the impact of awareness and professional help on the length of exclusive breastfeeding. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part briefly describes the physiology of lactation, the composition of breast milk, its comparison with infant formula and benefits of breastfeeding for mother and child. It also discusses the principles of successful breastfeeding, breastfeeding techniques, breastfeeding support, the most common problems that can occur during breastfeeding, and best practices to manage them. The practical part was made on the basis of an anonymous questionnaire survey, which took place from December 2021 to March 2022 in 4 pediatric offices in the capital city of Prague and the district of Prague-East. The questionnaire was designed for mothers of their first-born infants between 6 and 12 months of age. A total of 32 respondents took part in the survey.

The main aim of the work was to find out whether the professional help provided during difficulties during exclusive breastfeeding helps to significantly prolong the duration of exclusive breastfeeding (with a comparison of individual professions). The secondary aims were to find out the proportion of mothers who need professional help during exclusive breastfeeding, to find out the most common difficulties that occur during exclusive breastfeeding and to find out about awareness of breastfeeding women about recommended length of exclusive breastfeeding (as recommended by ESPGHAN) and its benefits.

The results show that a significant proportion of breastfeeding women (87 %) need professional help during exclusive breastfeeding due to breastfeeding difficulties. 94 % of women decide to breastfeed before delivery, 65 % of respondents stated the correct recommended length of exclusive breastfeeding, 59 % of women managed to adhere to the recommended length of exclusive breastfeeding. In case of difficulties, breastfeeding mothers most often turn to a lactation consultant (50 %), 92.9 % of women stated the subjective success of help from a lactation consultant. A positive correlation was found between seeking professional help from a lactation consultant and subsequent adherence to the recommended length of breastfeeding, but without statistically proven significance due to a small sample size. The influence of the lactation consultant on the mother's subjective feeling about overcoming the difficulties was statistically significant, and the visit of the lactation consultant during the stay in the maternity hospital was statistically significantly correlated with the observance of the recommended length of exclusive breastfeeding. In other professions, it was not possible to prove a significant effect on the length of exclusive breastfeeding or the subjective feeling of the mother. The most common problems of breastfeeding women were difficulties with latching on (46 %) and insufficient milk production (39 %). Awareness of mothers about the recommended length of exclusive breastfeeding has a positive and statistically significant effect on maintaining the recommended length of breastfeeding.

Keywords: exclusive breastfeeding, breast milk, infant, lactation consultant, health education

Obsah

1	Úvod	9
2	Teoretická část	10
2.1	Fyziologie laktace	10
2.2	Mateřské mléko	11
2.2.1	Druhy mateřského mléka	11
2.2.2	Složení zralého mateřského mléka	12
2.2.2.1	Bílkoviny	12
2.2.2.2	Tuky	12
2.2.2.3	Sacharidy	13
2.2.2.4	Vitamíny	13
2.2.2.5	Minerální látky	14
2.2.3	Srovnání mateřského mléka s náhradní kojeneckou mléčnou výživou	15
2.3	Význam kojení	16
2.3.1	Současný pohled a doporučení	16
2.3.2	Význam kojení pro dítě	17
2.3.3	Význam kojení pro matku	18
2.3.4	Ekologický přínos a další přínosy kojení	19
2.4	Kontraindikace kojení	19
2.4.1	Absolutní kontraindikace	19
2.4.2	Částečná kontraindikace	20
2.4.3	Dočasná kontraindikace	20
2.4.4	Případy, v nichž není kojení kontraindikováno	21
2.5	Zásady úspěšného kojení	21
2.5.1	Zahájení kojení po porodu, rozvoj laktace	21
2.5.2	Udržování laktace, kojení po propuštění z porodnice	22
2.5.3	Technika kojení	22
2.5.4	Rooming-in	27
2.6	Nejčastější problémy při kojení a doporučené postupy k jejich řešení	28
2.6.1	Problémy ze strany matky	28
2.6.2	Problémy ze strany dítěte	33
2.7	Podpora kojení	36
2.7.1	Edukace na úrovni prenatální péče	37
2.7.2	Laktační poradenství	37

3	Praktická část.....	39
3.1	Metodika a cíle výzkumu	39
3.1.1	Design výzkumu, výběr respondentů a průběh výzkumu	39
3.1.2	Etika výzkumu	40
3.2	Výsledky výzkumu.....	40
3.3	Diskuze.....	60
3.4	Závěr.....	65
4	Seznam použité literatury	66
5	Seznam zkratk.....	71
6	Seznam tabulek.....	72
7	Seznam obrázků.....	73
8	Seznam grafů.....	74
9	Seznam příloh	75

1 Úvod

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy novorozeného dítěte a pro dítě je důležité nejen z nutričního hlediska, ale přináší mu i řadu dalších významných zdravotních a psychologických benefitů. Matce kojení také přináší zdravotní i psychické benefity, je ekonomicky výhodné a šetří životní prostředí. V tomto období se během kojení vytváří mezi matkou a dítětem speciální pouto. Proto bychom měli hledat prostředky, jak kojení co nejvíce podporovat. Jedním z těchto prostředků je bezpochyby dostatečná edukace těhotných a kojících matek ze strany zdravotnického personálu a laktačních poradců o výhodách kojení, správné technice a o možných problémech, které se během kojení mohou vyskytnout a jejich řešení.

Problematiku kojení a vlivu informovanosti a odborné pomoci na délku výlučného kojení jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala z důvodu osobního zájmu o tuto problematiku. Toto téma mi připadá velice aktuální a hodné pozornosti vzhledem k poměrně nízkému procentu výlučně kojených dětí v šestém měsíci života. Pojem výlučné kojení znamená, že je dítě krmeno pouze mateřským mlékem, bez podávání jakékoli jiné stravy či tekutiny (ESPGHAN, 2008). Česká republika patří mezi země s poměrně vysokou úspěšností v zahájení kojení v porodnicích, v procentu výlučně kojených dětí ve 4-6 měsících věku však zaostáváme například za státy severní Evropy či Spojených států amerických. Nutriční terapeut, který se věnuje výživě dětí, by měl ideálně být i certifikovaným laktačním poradcem a měl by umět matce s kojením a s potížemi s ním spojenými poradit. Sociální sítě a internet v dnešní době nabízejí mnoho rad v problematice kojení, ale ne všechny pochází z odborných zdrojů a pro kojící matku může být problematické se v množství protichůdných názorů ohledně kojení vyznat.

2 Teoretická část

2.1 Fyziologie laktace

Mléčná žláza je největší kožní žlázou člověka. Během vývoje jedince vzniká z mléčné lišty, která se nachází na spojnici vrcholu podpažní jámy a třísla, jeden pár mléčných žláz. Mléčná žláza váží okolo 130 až 200 g, ale v období laktace se její hmotnost pod vlivem hormonů mění na 300 až 500 g (Čihák et al., 2016). Žláza se člení do 15 až 20 laloků, které se skládají z menších lalůčků. Vývojově se u člověka zakládá mléčná žláza již v prenatalním období. Velikost prsu záleží nejen na velikosti žlázy, ale také na množství tukové tkáně v okolí žlázy, habitu, tělesné konstituci, věku, a genetice (Roztočil et al., 2017).

Tvorba mateřského mléka probíhá v epitelálních buňkách alveolů v mléčné žláze. Mléko je vylučováno do alveolů a následně odtéká malými a velkými mlékovody do sinusů, které se nacházejí v oblasti pod prsním dvcem. Tyto sinusy mají ústí na bradavce a hromadí se v nich mléko. Růst a diferenciaci mléčné žlázy stejně jako tvorba mateřského mléka podléhá endokrinní kontrole (Lebl et al., 2012).

Příprava organismu matky na laktaci probíhá po celou dobu těhotenství a vývoje plodu, kdy se pod vlivem hormonů mléčná žláza zvětšuje a připravuje na produkci mléka. První sekrece ze žlázy začíná okolo pátého měsíce těhotenství a je ovlivněna estrogény, progesteronem, prolaktinem a placentárním somatomammotropinem. Po porodu placenty dochází k největšímu uvolnění prolaktinu. Prolaktin, který se tvoří v předním laloku hypofýzy, stimuluje tvorbu mléka v mléčné žláze. Před porodem blokuje jeho plné působení progesteron. Drážděním bradavek ústy kojence dochází ke stimulaci a vyplavení oxytocinu z neurohypofýzy. Oxytocin vyvolává kontrakci myoepiteliálních buněk, které obkružují vývodné kanálky mléčné žlázy. To zajišťuje uvolnění a vypuzení mléka ze žlázy. Tomuto jevu se říká tzv. let-down reflex. Sekreci prolaktačních hormonů může potlačovat stres, únava, bolest nebo strach (Stožický a Sýkora, 2016; Kittnar, 2020).

Podle Roztočila et al. (2017) se tvorba mateřského mléka zvyšuje zejména druhý a třetí den po porodu. Je důležité v této době často a správnou technikou přikládat dítě k prsu, aby nedocházelo k bolestivému otoku (nalití) prsou. Pokud není dítě schopno dostatečně sát, je třeba rozvoj laktace podpořit odstříkáváním nebo odsáváním mateřského mléka odsávačkou. Stejně tak lze pomoci i při přílišném nalití prsou.

2.2 Mateřské mléko

„Mateřské mléko je přizpůsobené potřebám novorozenců a představuje ideální formu výživy pro zralé kojence v prvních měsících života“ (Zlatohlávek et al., 2019, str. 100)

2.2.1 Druhy mateřského mléka

V prvních dnech po porodu nazýváme mateřské mléko jako *kolostrum*. Kolostrum se tvoří již v prvních hodinách po porodu, jeho produkce je řízena hormonem prolaktinem, který se ve velkém množství uvolňuje z adenohipofýzy po porodu placenty. Některým ženám se tvoří kolostrum v pozorovatelném množství již během těhotenství. Tvorba kolostra v prvních hodinách až dvou dnech po porodu je závislá více na hormonálním řízení a méně na frekvenci a délce sání, než je tomu v dalším období, kdy má na udržení laktace a množství tvořeného mateřského mléka významný vliv frekvence kojení (či odsávání) mléka a jeho odebrané množství. Kolostrum se vytváří v objemu asi 2-20 ml při každém krmení (Symonds a Arulkumaran, 2020).

Oproti přechodnému a zralému mateřskému mléku obsahuje kolostrum více bílkovin, makrofágů, lymfocytů, granulocytů a sekrečního IgA. Naopak má menší obsah tuku a laktózy než pozdější mateřské mléko a má i nižší kalorickou hodnotu, asi 56 kcal/100 ml (Lebl et al., 2012).

Kolostrum má rovněž vyšší hustotu, což je ideální pro funkčně nezralé ledviny novorozence, které nejsou schopny zpracovat velký obsah tekutin (Stožický a Sýkora, 2016).

Následující tabulka podle Černé a Kollárové (2015) porovnává složení kolostra se složením zralého mateřského mléka. Uvedené hodnoty jsou v g/l.

	Energie (kJ)	Bílkoviny	Cukry	Tuky	Ca	P	solí
Kolostrum	2520	27	53	29	0,32	0,2	3,4
Zralé mateřské mléko	2940	13	72	35	0,32	0,2	2,5

Tabulka 1 Složení kolostra a mateřského mléka v g/l (Černá a Kollárová, 2015)

Tranzitorní (přechodné) mléko se začíná tvořit mezi pátým a desátým dnem po porodu a má vyšší energetickou hodnotu než kolostrum (60 kcal/100 ml). Obsah tuků a sacharidů je zde vyšší a obsah bílkovin se v porovnání s kolostrem snižuje (Zlatohlávek et al., 2019).

O *zralém mateřském mléce* hovoříme asi od třetího týdne po porodu. Má namodralou barvu a nižší hustotu. Postupně se zvyšuje jeho objem, a to především vlivem četnosti kojení či odsávání/odstříkávání mateřského mléka a vlivem objemu mléka odebraného z prsu. Objem nakojeného, odsátého či odstříkaného mateřského mléka narůstá z původních až 100 ml kolostra za den na 650 ml zralého mléka za den v průběhu prvního

měsíce po porodu a na cca 750 ml zralého mléka na den v průběhu třetího měsíce po porodu, produkovaný objem je velmi individuální (Stožický a Sýkora, 2016).

2.2.2 Složení zralého mateřského mléka

Mateřské mléko nemá konstantní složení, ale mění se s časem, ze dne na den i v průběhu jednoho kojení (Zlatohlávek et al., 2019).

2.2.2.1 Bílkoviny

Mateřské mléko obsahuje dle Zlatohlávka et al. (2019) průměrně relativně malý obsah bílkovin (1,0-1,1 g/100 ml). Pro porovnání uvádí, že v kravském mléce je průměrný obsah bílkovin 3,4 g/100 ml. Podíl bílkovin v mateřském mléce klesá od kolostra ke zralému mateřského mléka (Zlatohlávek et al., 2019). Obsah bílkovin se může ale mezi jednotlivými ženami značně lišit. Mateřské mléko má oproti mléku kravskému i mlékům řady jiných savců významně nižší obsah bílkovin. Obsah proteinů i dalších živin v mléce je totiž přizpůsoben imunologickým, termoregulačním, osmoregulačním a nutričním potřebám mládětem. Nejnižší obsah proteinů kolem 1 g/100 ml je v mléce primátů, nejvyšší, téměř 16 g/100 g, má mléko králíka východoamerického (Skibieli, 2013).

Největší podíl, a to asi 60 %, zaujímá bílkovina syrovátková. Hlavní syrovátkovou bílkovinou mateřského je α -laktalbumin, dále obsahuje například laktoferrin. Zbývající bílkoviny tvoří kasein. Poměr syrovátkových bílkovin a kaseinu je 60:40. Mateřské mléko je díky nižšímu obsahu kaseinu lépe stravitelné (oproti například mléku kravskému, kde je podíl kaseinu vyšší než laktalbuminu), a to z toho důvodu, že vytváří menší sraženiny v žaludku (Stožický a Sýkora, 2016). Kravské mléko obsahuje jako hlavní syrovátkovou bílkovinu β -laktoglobulin, který v mateřském mléce chybí (Zlatohlávek et al., 2019).

Mateřské mléko se od kravského mléka a mlék jiných savců liší i poměrem jednotlivých aminokyselin. V mateřském mléce jsou z aminokyselin nejhojněji zastoupeny kyselina glutamová a glutamin, následované taurinem. Glutamin a kyselina glutamová jsou považovány za důležité funkční substráty pro nervovou tkáň, jsou nezbytné pro rozvoj imunitního systému a mají roli v udržení střevní bariéry. Taurin je nezbytný pro správnou funkci oční sítnice a konjugovaný se žlučovými kyselinami je důležitý pro kolonizaci střeva laktobacily a bifidobakteriemi (Dror a Allen, 2018). Mateřské mléko obsahuje více cysteinu a méně tyrosinu a fenylalaninu než mléko kravské (Lebl et al., 2012).

2.2.2.2 Tuky

„Z 98 % jsou tuky v mateřském mléce tvořeny triacylglyceroly, 2 % představuje cholesterol, fosfolipidy a volné mastné kyseliny. Mateřské mléko obsahuje esenciální mastné kyseliny – linolovou (C18:2n-6), linolenovou (C18:2n-3), arachidonovou (C20:4n-6) a dokosaheptaenovou (C22:6n-3). Poslední dvě jmenované jsou velice důležité pro rozvoj CNS a oční sítnice“ (Zlatohlávek et al., 2019, str. 102). Podle Lebla et al. (2012) mateřské mléko obsahuje lipázu, která zlepšuje vstřebávání tuků kojencem. Mateřské mléko je také bohaté na cholesterol a z toho důvodu mají výlučně kojenecké děti zvýšenou

cholesterolémii. Výsledky na pokusných zvířatech ukázaly, že výživa mlékem bohatým na cholesterol umožňuje v dospělosti lépe odolávat případné cholesterolové zátěži bez nebezpečného zvýšení cholesterolu v krvi. Kojení tudíž působí preventivně na vznik aterosklerózy (Stožický a Sýkora, 2016).

Koncentrace tuků v mateřském mléce je mimo jiné ovlivněna hmotností, BMI a výživovým stavem matky. Mohou se vyskytnout rozdíly v koncentraci tuků mezi pravým a levým prsem. Koncentrace tuků se zvyšuje postupným vyprazdňováním prsu v průběhu jednoho kojení (Dror a Allen, 2018). Mateřské mléko lze z tohoto hlediska rozdělit na mléko přední a zadní. Přední mléko je bohatší na vodu a cukr a lépe utiší žížeň (Sedlářová et al, 2008). Během kojení přibývá tuků v mléce a vzniká mléko zadní, které má až pětkrát vyšší koncentraci tuků a poskytuje dítěti více energie (Roztočil et al., 2017).

2.2.2.3 Sacharidy

Obsah sacharidů v mateřském mléce je podle Zlatohlávka et al. (2019) relativně vysoký a srovnáme-li obsah laktózy s jinými mléky, mateřské mléko jí obsahuje nejvíce. Množství laktózy v mateřském mléce se podle Lebla et al. (2012) pohybuje okolo 7,0 g/100 g. V mateřském mléce se dále objevují oligosacharidy ze skupiny složitých glykanů, které nejsou stravitelné gastrointestinálním traktem kojence. Tyto oligosacharidy přecházejí do tlustého střeva a působí zde jako prebiotikum pro bifidobakterie a laktobacily. Kromě prebiotického účinku mají oligosacharidy podíl na snižování rizika astmatu a alergií, snižování rizika syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS), zvyšování inteligence či snižování výskytu ušních a respiračních infekcí (Musilová a Rada, 2015). Obsah oligosacharidů ve zralém mateřském mléce se pohybuje okolo 5 až 20 g/l (Dror a Allen, 2018).

2.2.2.4 Vitamíny

Množství vitamínů v mateřském mléce je do určité míry závislé na stravě kojící matky. Vitamíny rozpustné ve vodě jsou v mateřském mléce v dostatečném množství, pokud jich matka přijímá dostatek pestrou stravou (Roztočil et al., 2017). Koncentrace některých vitamínů ale může být ovlivněna životním stylem matky. Například koncentrace vitamínu B₁₂ v mateřském mléce je nižší u žen, které se stravují veganským způsobem či vegetariánsky s nedostatečnou konzumací vajec a mléka. Vliv na nízkou koncentraci vitamínu B₁₂ má také perniciózní anémie matky (Dror a Allen, 2018). Dlouhodobý těžký deficit vitamínu B₁₂ v mateřském mléce může u kojence vést k megaloblastické anémii, apatii, nechutenství, zvýšené dráždivosti, neprospívání, mikrocefalii a ke zpomalení až regresi v psychomotorickém vývoji (Lebl et al., 2012, Janečková et al., 2016). Koncentrace thiaminu, riboflavinu a pyridoxinu se odvíjí od jejich dostatečného příjmu ve stravě matky. Koncentrace kyseliny listové v mateřském mléce naopak není závislá na nutričním příjmu matky. Vitamín C se v nejvyšší míře vyskytuje v kolostru a postupem času se jeho koncentrace snižuje. Nižší koncentraci vitamínu C v mléce mají kuřačky a diabetičky. Naopak zvýšená koncentrace vitamínu C se vyskytuje v mléce matek po předčasném porodu (Dror a Allen, 2018).

Množství vitamínu K a D v mateřském mléce dostatečné není a tyto vitamíny by měly být novorozenci a kojenci substituovány. Vitamín K se podává každému novorozenému dítěti jako prevence hemoragické nemoci novorozence. Vitamín D je důležitý v prevenci rachitidy (Lebl et al. 2012). Koncentrace vitamínu D v mateřském mléce se mění v závislosti na ročním období a míře expozice matky UV záření. Mléko obézních matek má nižší koncentraci vitamínu D₃ (Dror a Allen, 2018). Dortová a Jehlička (2013) uvádějí, že vitamín D by se měl kojenci substituovat jako profylaxe dávkou 1-2 kapky denně do roku věku dítěte, podle potřeby i déle. Množství vitamínu A a E je v mateřském mléce dostatečné (Stožický a Sýkora, 2016).

2.2.2.5 Minerální látky

Koncentrace minerálních látek je v mateřském mléce odlišná od mlék jiných savců. Kravské mléko má 3x vyšší obsah minerálních látek, než je tomu u mléka mateřského (Lebl et al, 2012). Obsah sodíku je v mateřském mléce nízký. To je výhodné, pokud se organismus dostane do nefyziologických podmínek, jako jsou například horečnaté stavy, kdy nejsou tolik funkčně přetěžované ledviny. Železo má pro kojence pětkrát vyšší využitelnost z mateřského mléka než z mléka kravského (Stožický a Sýkora, 2016). Železo je v mléce navázáno především na nízkomolekulární peptidy a laktoferrin. V průběhu prvního půlroku se denní příjem železa mateřským mlékem snižuje a stává se nedostatečným (Dror a Allen, 2018). Okolo šestého měsíce života kojence tak dochází k vyčerpání zásob železa, které vznikly v průběhu vývoje plodu v děloze, a je nutné začít doplňovat jeho zásoby nemléčnými příkrmy (Zlatohlávek et al., 2019). Obsah železa v mateřském mléce může také být negativně ovlivněn jeho nedostatkem ve stravě kojící matky a u kojence se později může rozvinout sideropenická anémie (Roztočil et al., 2017).

Vápník a fosfor se v mléce vyskytují v poměru 2:1. Měď, kobalt a selen se zde vyskytují v dostatečném množství (Stožický a Sýkora, 2016). Koncentrace vápníku v mléce je nižší u adolescentních matek a u žen se sideropenickou anémií. Koncentrace fosforu je v mateřském mléce nižší než v mléce jiných savců, což pravděpodobně funguje jako mechanismus k inhibici růstu fekálních patogenů, k ochraně nevyzrálého vylučovacího systému kojence před poruchou metabolismu vápníku a k prevenci metabolické acidózy. Jeho množství v mateřském mléce je přísně regulováno a není ovlivněno příjmem ve stravě matky (Dror a Allen, 2018). Obsah jódu je v mateřském mléce nízký, proto se matkám doporučuje v období laktace konzumovat alespoň dvakrát týdně mořské ryby nebo suplementovat jód dávkou 200 µg denně (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014).

2.2.3 Srovnání mateřského mléka s náhradní kojeneckou mléčnou výživou

Náhradní kojenecká mléčná výživa (také kojenecká formule) je alternativou mateřského mléka v případech, kdy není možné dítě živit mateřským mlékem. K výživě dětí od prvního dne do prvního roku života slouží počáteční kojenecká výživa (PKV). Ta je vyrobena zejména z adaptované bílkoviny kravského mléka. Nativní bílkovina kravského mléka má nevhodný poměr syrovátky a kaseinu (20:80), a proto je třeba ho u PKV upravit alespoň na 50:50 (Zlatohlávek et al., 2019). Mateřské mléko má poměr syrovátky a kaseinu 60:40. Obsah sacharidů v PKV se pohybuje mezi 7 až 14 g/100 kcal, z toho je minimálně 3,5 g/100 kcal laktózy. PKV by ideálně měla obsahovat pouze laktózu, ale některé přípravky obsahují také sacharózu, maltózu, maltodextriny, glukózový sirup a bezlepkové škroby (Stožický a Sýkora, 2016). Přítomnost jiných cukrů PKV není vhodná, ale legislativa ji umožňuje. Sacharóza nicméně přispívá k návyku dětí na sladkou chuť a ke tvorbě zubního kazu v pozdějším věku dítěte. Někteří výrobci do PKV přidávají po vzoru mateřského mléka oligosacharidy, které mají prebiotickou funkci. Tuky v PKV pokrývají 50 % energetické potřeby dítěte. Obsahují kyselinu linolovou a linolenovou a jejich metabolity (Zlatohlávek et al., 2019).

Přípravky vyrobené ze sójového proteinu představují možnost pro kojence s galaktosémií nebo přechodným deficitem laktázy (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014). Kojenecká formule na sójové bázi se též využívá při veganském způsobu stravování a při intoleranci dítěte na laktózu. Neslouží k prevenci ani léčbě alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM) a nepodává se nedonošeným novorozencům s porodní hmotností nižší než 1800 g (Lebl et al., 2012).

Hypoantigenní kojenecká formule (tyto formule se také označují zkratkou HA) je vyráběna na bázi částečné hydrolýzy bílkovin. Z důvodu zbytkové antigenicity nelze tuto výživu využít k léčbě ABKM. Je vhodná pro kojence, u kterých je zvýšené riziko rozvoje alergie na základě pozitivní rodinné anamnézy (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014).

Pro výživu kojenců s prokázanou ABKM se používají speciální hypoalergenní kojenecké formule. Pro léčbu středně těžké formy ABKM se používají formule s extenzivně hydrolyzovanou mléčnou bílkovinou (eHF). V případě těžké formy ABKM nebo netolerování eHF se využívají aminokyselinové formule (AAF), které vyžadují lékařský předpis (Karásková, 2016). Aminokyselinové formule potřebuje asi 5 až 10 % kojenců s alergií na bílkovinu kravského mléka (Bělohávková, 2019).

Neadaptované kravské či kozi mléko a rostlinné nápoje nejsou pro výživu kojence vhodné, protože nesplňují normy pro náhradní kojeneckou mléčnou výživu a představují tak zdravotní riziko. Podávání neupraveného kravského mléka je spojováno s vyšším rizikem výskytu okultního krvácení a s větší zátěží pro ledviny, z důvodu odlišného obsahu bílkovin a minerálních látek. Podávání neupraveného koziho mléka je taktéž spojováno s větší zátěží pro ledviny a s rizikem karence vitamínů C, D, B₁₂ nebo kyseliny listové (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014).

2.3 Význam kojení

2.3.1 Současný pohled a doporučení

Současná věda považuje kojení za nejlepší možnou výživu dítěte. Kojení zabezpečuje nejen výživové ale i emoční potřeby dítěte. Úmluva o právech dětí ve článku 24 uvádí, že dítě má právo na nejlepší možné zdraví. O důležitosti kojení svědčí i fakt, že se touto problematikou zabývají významné organizace a instituce (Černá a Kollárová, 2015).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, dále WHO) a Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations Children's Fund, dále UNICEF) doporučují zahájit kojení do jedné hodiny po porodu. Prvních šest měsíců by podle těchto organizací měla matka kojit výlučně (neměla by kojenci podávat žádné jiné potraviny ani tekutiny než mateřské mléko). Po ukončeném šestém měsíci je vhodné zavést odpovídající komplementární výživu a pokračovat v kojení do dvou let věku dítěte, případně i déle. Mezi roky 2015-2020 bylo ale celosvětově výlučně kojeno do šestého měsíce pouze 44 % kojenců (WHO, 2021a).

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat doporučuje v souladu s doporučením Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) výlučné kojení do ukončeného šestého měsíce u dobře prospívajících kojenců. Pokud ale kojeneček mezi 17. a 26. týdnem neprospívá, je možné zavést nemléčný přírůstek a podpořit matku v laktaci. Je ale nutné, aby na to byl kojeneček psychomotoricky připraven. Zavedení přírůstků (čili jiné potraviny kromě mateřského mléka či kojenečké formule) mezi ukončeným čtvrtým a šestým měsícem nepřináší žádná významná zdravotní rizika, ale zavedení před ukončeným čtvrtým nebo po ukončeném šestém měsíci může zvyšovat riziko vzniku alergií, anémie, poruch příjmu potravy či malnutrice (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014).

V roce 2015 bylo v České republice po propuštění z porodnice výlučně kojeno 81,49 % novorozenců. Pro porovnání, v roce 2009 bylo po propuštění výlučně kojeno 86,53 % novorozenců a v roce 2002 dokonce 91,32 % novorozenců. Dlouhodobě klesající počty výlučně kojených novorozenců, a to i v porodnicích s certifikátem „Baby Friendly Hospital Initiative“, naznačují, že strategie k podpoře kojení nejsou dostatečně dodržovány (Langerová Wiesnerová, 2016).

Podle níže uvedené tabulky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) za rok 2017 bylo v České republice na konci šestinedělí výlučně kojeno pouze 26,1 % kojenců a ve třetím měsíci života bylo výlučně kojeno dokonce jen 13,2 % kojenců. Výlučně i s dokrmem bylo v šestém týdnu kojeno 80,1 % a v šestém měsíci 39,1 % kojenců.

Kraj	Podíl (v %)					Nekojení
	Výlučné kojení		Celkem kojení (výlučně i s dokrmem)			
	6 týdnů	3 měsíce	6 týdnů	3 měsíce	6 měsíců	
Hl.m.Praha	27,6 %	14,9 %	91,3 %	73,5 %	47,4 %	4,8 %
Středočeský	19,4 %	9,1 %	55,3 %	41,4 %	24,7 %	4,1 %
Jihočeský	29,3 %	14,5 %	83,7 %	62,9 %	38,9 %	6,2 %
Plzeňský	28,7 %	14,9 %	80,4 %	58,8 %	34,4 %	6,6 %
Karlovarský	25,6 %	12,9 %	76,5 %	58,7 %	36,6 %	6,2 %
Ústecký	26,6 %	12,3 %	81,9 %	60,6 %	37,7 %	7,6 %
Liberecký	29,0 %	16,1 %	78,3 %	60,3 %	34,6 %	6,6 %
Královéhradecký	28,1 %	15,8 %	88,6 %	71,1 %	45,1 %	6,4 %
Pardubický	22,5 %	12,0 %	81,1 %	65,0 %	43,5 %	4,6 %
Vysočina	27,3 %	14,6 %	87,5 %	71,0 %	49,5 %	3,6 %
Jihomoravský	29,0 %	15,1 %	85,2 %	66,9 %	41,5 %	5,4 %
Olomoucký	23,9 %	10,6 %	77,2 %	57,4 %	36,5 %	5,0 %
Zlínský	29,9 %	15,5 %	96,6 %	76,1 %	49,4 %	3,4 %
Moravskoslezský	27,7 %	13,5 %	88,3 %	68,8 %	44,5 %	6,5 %
Česká republika	26,1 %	13,2 %	80,1 %	62,1 %	39,1 %	5,3 %

Tabulka 2 Podíl kojených novorozenců podle celkové délky kojení (ÚZIS ČR, 2017)

Americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention, dále CDC) v roce 2020 vydalo zprávu o kojení, ve které poskytuje data o délce a způsobu kojení u kojenců narozených v USA v roce 2017. Z kojenců narozených v tomto období zahájilo kojení 84,1 % a 19,2 % kojenců dostalo svůj první dokrm dříve než druhý den po porodu. Výlučně kojeno ve třetím měsíci života bylo 46,9 % kojenců. V šestém měsíci života bylo částečně kojeno 58 % kojenců. Výlučně kojeno po dobu šesti měsíců v souladu s doporučením WHO bylo 25,6 % kojenců (CDC, 2020). Je zde vidět velký rozdíl v porovnání s délkou výlučného kojení v České republice.

2.3.2 Význam kojení pro dítě

Mateřské mléko je nejpřirozenějším a nejkompaktnějším zdrojem výživy a má pro kojence řadu dalších výhod. Je pro dítě vždy připravené a v optimální teplotě. Složení mateřského mléka se mění během jednoho kojení i dle věku dítěte a přizpůsobuje se tak aktuálním potřebám kojeného dítěte. Složení mateřského mléka je optimální pro snadné trávení a vstřebávání živin.

Mezi důležité výhody patří ochrana před infekcemi gastrointestinálního traktu. Včasné zahájení kojení do jedné hodiny po porodu chrání před infekcemi a snižuje novorozeneckou úmrtnost. Nekožené děti mají zvýšené riziko úmrtí na infekce spojené s průjmy než děti kojené (WHO, 2021a). Sankar et al. (2015) uvádějí, že riziko úmrtnosti je u dětí mezi nultým až pátým měsícem, které nebyly kojeny nebo byly kojeny jen částečně, vyšší než u dětí výlučně kojených. Victora et al. (2016) zmiňuje, že by kojením šlo předejít polovině všech průjmových onemocnění a třetině respiračních onemocnění. Ochrana před hospitalizací z těchto důvodů je ještě vyšší. Kojením by šlo zabránit 72 % hospitalizací kvůli průjmovým onemocněním a 57 % hospitalizací z respiračních příčin.

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy (2014) uvádí, že výživa mateřským mlékem snižuje riziko rozvoje alergií, diabetu I. typu, hypertenze a hypercholesterolemie v pozdějším věku. Paulová (2016) zmiňuje jako benefit kojení nižší riziko autoimunitních onemocnění jako je Crohnova choroba. Může působit také jako prevence SIDS. U kojených dětí je také nižší výskyt zánětů středouší. Ve srovnání s náhradní kojeneckou mléčnou výživou kojení méně zatěžuje dětské ledviny. Podle WHO (2021a) mají děti a adolescenti, kteří byli v minulosti kojeni, nižší riziko vzniku nadváhy a obezity. Přehled na základě 113 studií od Victora et al. (2016) přinesl zjištění, že delší doba kojení snižuje pravděpodobnost vzniku nadváhy či obezity o 26 %. Tento efekt byl zjevný napříč sociálními vrstvami. Metaanalýza od Amitay a Keinan-Boker (2015) zmiňuje, že děti kojené déle než 6 měsíců mají o 20 % nižší riziko vzniku leukemie v dětském věku, než děti částečně kojené nebo nekojené.

Mateřské mléko poskytuje dítěti specifická prebiotika pro růst prospěšných bakterií. Tato prebiotika tvoří oligosacharidy, které sice nejsou stravitelné, ale podporují růst prospěšných bakterií (Victoria et al., 2016). *Bifidobacterium longum* poddruh *infantis* (*B. infantis*) je unikátní střevní bakterie, která umí oligosacharidy trávit a v kombinaci s mateřským mlékem snižuje počet bakterií *Enterobacteriaceae* ve stolici u předčasně narozených kojenců. Probiotika s *B. infantis* snižují riziko nekrotizující kolitidy u předčasně narozených dětí (Underwood et al., 2015). Během sání kojeneček pohybuje ústy, čelistmi a jazykem, což přispívá ke správnému rozvoji artikulace (Roztočil et al., 2017). Kojení zvyšuje IQ a připravenost dětí na školní docházku a je spojováno s vyšším finančním příjmem v dospělosti (WHO, 2021a).

V neposlední řadě je důležité zmínit psychologický aspekt kojení. Těsný tělesný kontakt, který během kojení vzniká, prohlubuje vazbu matky a dítěte a jejich citové pouto (bonding). Pevné citové pouto je důležité pro další psychický a sociální vývoj dítěte. Některé studie prokazují, že výlučně kojené děti jsou méně často týrány (Roztočil et al., 2017).

2.3.3 Význam kojení pro matku

Kojení má řadu benefitů také pro matku, a to jak dlouhodobých, tak krátkodobých.

Kojení pomáhá zmenšovat poporodní krvácení a oxytocin, produkováný během kojení, napomáhá rychlejšímu zavinování dělohy zpět do stavu před těhotenstvím (Paulová, 2016). Metaanalýza provedená Chowdhury et al. (2015) tvrdí, že ženy, které kojily déle, mají snížené riziko vzniku rakoviny prsu a vaječnicků a diabetu 2. typu. Také prokázala, že výlučné a částečné kojení prodlužuje laktační amenoreu (vymizení menstruace během kojení). V případě částečného kojení musí být dítě kojeno ve stejných intervalech, jako v případě výlučného, pouze se při nedostatečných objemech mléka dokrmuje formulí. Nesmí být prodlužována pauza mezi kojeními (Roztočil et al., 2017). Časté a výlučné kojení je podle Roztočila et al. (2017) považováno za přirozenou antikoncepční metodu, která ale není spolehlivá a nedoporučuje se jako výhradní forma antikoncepce. Státní zdravotní ústav (2016) uvádí, že tato metoda může fungovat pouze u matek, kterým se

ještě nevrátil pravidelný menstruační cyklus, nekojí déle než šest měsíců a kojí zcela výlučně v pravidelných tří až šesti hodinových intervalech.

Dalšími benefity, které matce kojení přináší, jsou snadnější dosažení hmotnosti, kterou měla před graviditou. Snižuje se také riziko osteoporózy a zlomeniny krčku stehenní kosti ve stáří (Stožický a Sýkora, 2016). „Kojení posiluje sebedůvěru ženy a přispívá k tomu, že matka velice dobře zná své dítě a umí reagovat na jeho potřeby.“ (Poloková, 2020, str. 5) Kojící matky mají nižší riziko rozvoje poporodní deprese a úzkosti (Paulová, 2016).

Kromě mnoha zdravotních a psychologických přínosů je kojení pro matku výhodné i finančně. Matka ušetří za náhradní kojeneckou mléčnou výživu, lahvičky, kojeneckou vodu a další materiál potřebný k přípravě formule. Také ušetří za energie a vodu, které jsou potřebné ke sterilizaci a ohřevu. Kojené děti bývají méně nemocné, a tak matka nepřichází o svůj výdělek (Národní komise pro kojení a Státní zdravotní ústav, 2021).

2.3.4 Ekologický přínos a další přínosy kojení

Mateřské mléko je jedinečné tím, že při jeho vzniku a spotřebě není znečišťováno životní prostředí. Tvorba mateřského mléka se řídí poptávkou (množstvím mléka, které kojené dítě vypije), a tím nedochází k plýtvání. Mateřské mléko má při kojení vždy správnou teplotu a není ho třeba ohřívát. Tím se ušetří energie. Při kojení není potřeba žádných obalových materiálů. Životní prostředí není zatěžováno odpadem z obalů, ani dopravou. K výrobě některé náhradní kojenecké mléčné výživy je zapotřebí chovu skotu. Chov skotu zvyšuje produkci skleníkových plynů, což vede ke zhoršování skleníkového efektu. Tvorba pastvin často vyžaduje odlesňování zalesněných ploch, a to může vést mimo jiné i k erozi půdy (Státní zdravotní ústav, 2016).

2.4 Kontraindikace kojení

I přes výše zmíněné přínosy kojení existují situace, kdy kojení není pro dítě vhodné. Kontraindikace kojení se mohou dělit na absolutní a dočasné, a vždy je třeba zvážit přínos kojení pro matku a pro dítě (Černá a Kollárová, 2015).

2.4.1 Absolutní kontraindikace

Absolutní kontraindikací je klasická galaktosémie novorozence. Při této metabolické poruše dítěti chybí enzym potřebný ke štěpení galaktózy (Roztočil et al., 2017). Dítěti je tak nutno podávat kojeneckou formuli, která neobsahuje laktózu. Krmení mlékem s obsahem laktózy nebo náhradní kojeneckou mléčnou výživou s obsahem laktózy způsobuje dítěti závažné zdravotní poškození. Stejně tak je kojení a krmení mateřským mlékem kontraindikované u matek infikovaných virem HIV (Černá a Kollárová, 2015), zejména ve vyspělých zemích, kde je dostatečně dostupná náhradní kojenecká mléčná výživa. Nové výzkumy však ukazují, že pokud je matkám podávána antiretrovirová terapie, riziko přenosu viru z matky na dítě mateřským mlékem se podstatně snižuje

(WHO, 2021a). Kojení se také nedoporučuje při infekci matky virem HTLV-1 (lidský T-lymfotropní virus). Tento retrovirus je zodpovědný za vznik T-buněčných leukemií a lymfomů v dospělosti. Přenáší se mimo jiné mateřským mlékem a observační studie ukázaly, že zkrácení doby či úplná eliminace kojení omezuje rozsah expozice virem (WHO, 2021b). Také v případě srdečního selhání či vážného onemocnění ledvin a jater je kojení kontraindikováno (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

2.4.2 Částečná kontraindikace

U dětí s fenylketonurií a s řadou dalších dědičných poruch metabolismu není výživa mateřským mlékem zcela zakázána, ale je nutné ji omezit na dávky, které dítě toleruje v rámci své dědičné poruchy. Ordinované dávky mateřského mléka se nastavují individuálně dle ordinace specializovaného lékaře z Metabolického centra za opakované kontroly hladin pro konkrétní poruchu specifických metabolitů (Bernstein et al., 2015). Kvůli nutnosti dodržet ordinované dávky mateřského mléka je doporučováno podávat odstříkané či odsáté mateřské mléko, nikoli kojení.

2.4.3 Dočasná kontraindikace

Matky v některých případech mohou udržovat laktaci pravidelným odstříkáváním či odsáváním a následnou likvidací mléka do doby, než je ukončena léčba či pomine zdravotní důvod přerušení kojení. Příkladem může být infekce virem Herpes simplex či Herpes zoster, která se objevila na jednom z prsů. Dokud nezmizí léze, je doporučeno dítě kojít pouze z druhého prsu. Při aktivní tuberkulóze je třeba matku oddělit od dítěte, než začne působit léčba a matka přestane být infekční. Po dobu separace matka mléko odstříkává a následně je podáno dítěti. Dočasně je třeba kojení přerušit při chemoterapii a narkóze matky, vždy je třeba se držet doporučení lékaře ohledně délky kontraindikace kojení. Musí-li matka podstoupit diagnostické vyšetření s použitím radioaktivních izotopů, není třeba kojení ukončit. Matce je doporučeno před vyšetřením odstříkat dostatek mléka, které může později využít ke krmení a přerušit kojení na dobu čtyř až pěti poločasů rozpadu použitého radionuklidu (Černá a Kollárová, 2015).

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy (2014) uvádí, že u matek s cytomegalovirovou infekcí je vhodné zvážit přínosy a rizika kojení a případně mateřské mléko pasterizovat nebo zmrazit, čímž se zmenší virová nálož.

Kontraindikovat kojení mohou i některá léčiva. Do mléka přestupují všechny léky, které jsou matce podány, proto by se měly podávat co nejkratší dobu v co nejnižších dávkách. Lék by měla matka užít hned po kojení či před nejdelším spánkem dítěte. Zcela kontraindikována jsou tato léčiva: cytostatika a imunosupresiva, lithium, soli zlata, námelové alkaloidy, dále návykové látky (heroin, kokain, metamfetamin apod.) a látky snižující laktaci (thiazidy, estrogeny, bromokriptin) (Černá a Kollárová, 2015).

2.4.4 Případy, v nichž není kojení kontraindikováno

Dle doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat (2014) se nemusí kojení přerušovat ani ukončovat v následujících případech:

- při hepatitidě A, B, C matky
- při horečnatých stavech či virových infekcích matky nebo dítěte, mastitidě – zde je naopak pokračování v kojení žádoucí
- po očkování matky nebo dítěte
- při onemocnění gastrointestinálního nebo močového traktu, u infekčních gastroenteritid kojeneckých dětí je nežádoucí omezovat kojení
- je-li matka kuřačka – nutno doporučit ukončit kouření
- při příležitostném požití malého množství alkoholu, kdy je odstup od dalšího kojení alespoň dvě hodiny

2.5 Zásady úspěšného kojení

2.5.1 Zahájení kojení po porodu, rozvoj laktace

Co nejdříve po porodu by mělo být miminko poprvé přiloženo k prsu, protože během první hodiny je sekrece oxytocinu a prolaktinu nejvyšší a hledací a sací reflex novorozence je nejsilnější. Kontakt kůže na kůži umožňuje těsný tělesný kontakt a také osídlení dítěte bakteriálními kmeny matky (Kojeni.cz, 2015). Dle Stožického a Sýkory (2016) novorozenec ihned po porodu vnímá prostředí všemi smysly. Když je umístěn na hrud' matky, vyhledává její prs pomocí hledacího reflexu a dobře vyvinutého čichu. Podle Polokové (2020) poznává novorozenec vůni prsu a mateřského mléka podle vůně plodové vody, kterou má na svých rukách. K tomu, aby se dostalo k prsu, aktivně využívá pohyby nohou a celého těla.

Kromě včasného přiložení je pro dostatečný rozvoj laktace velmi důležité časté přikládání novorozence k prsu. V prvních dnech po porodu je vhodné přikládat dítě při každém kojení k oběma prsům, neomezovat délku ani frekvenci kojení. Frekvence kojení by měla být alespoň 8 až 12krát za den nebo častěji, podle chuti dítěte. Pauza mezi kojeními přes den by neměla být delší než 3 hodiny, v noci ne déle než 4 hodiny. Známkou připravenosti dítěte na kojení je bdělost, aktivita, otevírání úst při dotyku v oblasti rtů a tváří a hledací reflex. Pláč je považován za pozdní známku hladu (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014). Plačící dítě se k prsu hůře přikládá, protože při pláči směřuje jeho jazyk k hornímu rtu, zatímco pro správné přisátí je potřeba, aby byl jazyk dítěte vyplazen přes spodní ret dítěte. Plačící dítě je potřeba před přiložením uklidnit (Sedlářová et al., 2008). Spavého novorozence je nutno na kojení budit alespoň 8x denně, při nedostatečném sání je nutno podpořit laktaci i odstříkáváním či odsáváním mateřského mléka.

Výše uvedená doporučení je vhodné uplatnit nejen v počátečním období po porodu, ale také vždy při snížení produkce mateřského mléka, pokud se kojící matka nechystá laktaci ukončit (Kent et al., 2012).

2.5.2 Udržování laktace, kojení po propuštění z porodnice

V době, kdy produkce mateřského mléka je již pro potřeby dítěte dostatečná (obvykle v době propuštění z porodnice), je vhodné při jednom kojení kojit již pouze z jednoho prsu a prsy ob kojení střídat. I nadále je potřeba přikládat dítě k prsu dle jeho potřeb, v případě zvýšené spavosti je nutno dítě budit alespoň 8krát denně. Kojení z jednoho prsu má výhodu v tom, že kojené dítě získá během jednoho kojení větší podíl tzv. zadního mléka, které je bohatší na tuk.

O dostatečném příjmu mléka svědčí 6-8 pomočených plen za den, 3-6 stolic v průběhu dne a průměrný týdenní přírůstek hmotnosti mezi 125-200 gramy během prvního půlroku (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014).

Zlatohlávek et al. (2019) uvádí, že poporodní hmotnostní úbytek do 10 % je při dobrém celkovém stavu dítěte fyziologický a své porodní váhy by dítě mělo opět dosáhnout do 14 dnů po porodu. Černá a Kollárová (2015) připouštějí, že výlučně kojené dítě může své porodní hmotnosti dosáhnout až ve třetím týdnu. Výlučně kojené děti se pohybují v dolní části růstové křivky, protože mají průměrnou hmotnost nižší než děti živěné náhradní kojeneckou mléčnou výživou.

2.5.3 Technika kojení

Technika kojení je jedním z klíčových faktorů úspěšného kojení a tuto dovednost se musí matka i kojené dítě naučit. Významný vliv má edukace zdravotnickým personálem. Ideální je, aby matka získala informace o významu kojení a správné technice kojení již před porodem a byla motivována kojit. V některých situacích je včasná edukace matky důležitá i pro odstranění možných budoucích obtíží (např. použití formovačů u plochých bradavek). Dostatek času a informací hraje velkou roli v úspěšném rozvoji laktace (Dušová et al., 2019).

Hlavní zásady pro úspěšné a bezproblémové kojení jsou správné držení prsu, správná vzájemná poloha matky a dítěte, správná technika přisání a správná technika sání (Kojeni.cz, 2015).

Správné držení prsu

Správné držení prsu ilustruje Obrázek 1. Matka prs podpírá zespodu všemi prsty kromě palce. Palcem umístěným vysoko nad dvorcem napíná prsní tkáň, což umožní napřímení bradavky. Nevhodné je odtahování části prsu při kojení od nosu dítěte pomocí prstů. Dochází tak k vytahování bradavky z úst dítěte pod tlakem, což může přispět ke vzniku ragád. Dítě při správné poloze musí volně dýchat, i když má nos přitisknutý k prsu (Kojeni.cz, 2015).



Obrázek 1 Správné přidržování prsu při kojení (Sedlářová et al., 2008)

Správná vzájemná poloha matky a dítěte

Je důležité zvolit pohodlnou pozici pro matku i dítě. Nepohodlí může přispívat ke stresu a napětí krčních a zádových svalů (Dušová et al., 2019). Mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka. Matka se zbytečně nedotýká úst ani tváře dítěte, prsty by neměly přesahovat spojnicí ušní linie. Při správné poloze se brada, tvář a nos dítěte dotýkají prsu (Kojeni.cz, 2015). Černá a Kollárová (2015) uvádějí, že vzájemná poloha hraje klíčovou roli při rozvoji laktace v prvních dnech po porodu. Pro první kojení jsou vhodné především pozice vleže. Známkou správné vzájemné polohy je spokojené dítě, které volně dýchá, nesrká, nešpulí rty a saje dlouhými doušky. Matka při kojení necítí bolest, je relaxovaná a nemá poškozenou ani oploštělou bradavku (Kojeni.cz, 2015).

Při *poloze vleže* leží matka i dítě na boku. Dítě je přitisknuté k břichu matky a leží v ohbí její paže. Matka se nesmí opírat o loket, je v zádech mírně prohnutá a může si polštářem podložit hlavu. *Poloha vleže na zádech* je vhodná pro matky po císařském řezu a když se dítě špatně přisává. Při této poloze se nevyvíjí tlak na jizvu (Kojeni.cz, 2015).



Obrázek 2 Poloha vleže (Roztočil et al., 2017)



Obrázek 3 Poloha vleže na zádech (Roztočil et al., 2017)

Při *poloze v sedě* leží hlava dítěte v ohbí paže matky. Matka jednou rukou přidržuje hýždě či stehno výše položené nohy dítěte a druhou rukou drží prs. Předloktím podpírá dítěti záda (Kojení.cz, 2015).



Obrázek 4 Poloha v sedě (Roztočil et al., 2017)

Další poloha s názvem *fotbalové nebo boční držení* je vhodná pro matky s většími prsy či plochými bradavkami. Také ji využívají matky po císařském řezu. Matka podpírá ramínka dítěte, které jí leží na předloktí a prsty podpírá hlavičku. Nohy dítěte směřují podél matčina boku. Předloktí má matka podepřené polštářem (Kojení.cz, 2015).



Obrázek 5 Boční, fotbalové držení (Roztočil et al., 2017)

Další polohou, která je vhodná zejména pro matky po císařském řezu je *poloha v polosedě s podloženýma nohama*. Matka má na břichu umístěný polštář, který brání tlaku na jizvu. Dalším polštářem si podpírá dolní končetiny. Dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí matky (Kojení.cz, 2015).



Obrázek 6 Poloha v polosedě (Roztočil et al., 2017)

Poloha vertikální, vzpřímená se využívá u dětí nedonošených a u dětí s malou bradou. Dítě sedí obkročmo na dolní končetině matky. V jedné ruce drží matka dítě a v druhé prs téže strany. Podpírá dítěti hlavu a krk (Kojení.cz, 2015).



Obrázek 7 Vzpřímená, vertikální poloha (Roztočil et al., 2017)

Polohy tanečnicka se využívá u nedonošených dětí a dětí, které se špatně přisávají. Dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá prs téže strany. Předloktí je podložené polštářem. Matka může měnit strany, aniž by musela změnit způsob držení (Roztočil et al., 2017).



Obrázek 8 Poloha tanečnicka (Kojení.cz, 2007a)

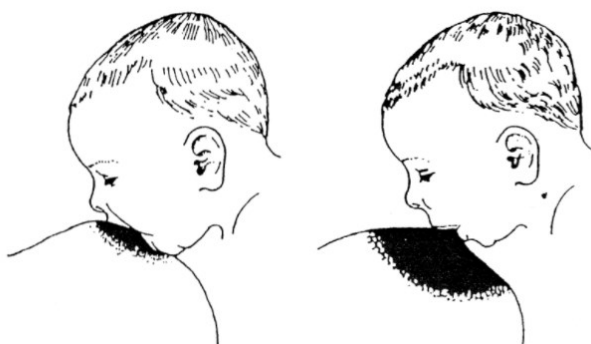
Speciální situace je při kojení dvojčat a vícčrat. Lze využívat různých poloh, záleží na individuálních preferencích matky a dětí. Mezi využívané pozice se řadí fotbalové držení, kojení vleže, paralelní přikládání nebo přikládání do kříže. Kojit děti současně usnadňují i speciální kojící polštáře, které matce poskytují oporu a umožňují zaujetí pohodlné pozice (Černá a Kollárová, 2015).



Obrázek 9 Kojení dvojčat v bočním, fotbalovém držení (Kojeni.cz, 2007a)

Technika přisátí

Pro správné přisátí je důležité vyvolat hledací reflex podrážděním úst dítěte bradavkou. Když dítě doširoka otevře ústa, je čas nabídnout dítěti prs (přikládá se dítě k prsu, nikoliv prs k dítěti). Správně přisáté dítě se bradou a nosem dotýká prsu, má doširoka otevřená ústa a pokrývá spodním rtem co největší část dvorce, zejména pod bradavkou (z pohledu dítěte). Dvorec s bradavkou jsou umístěné na jazyku dítěte a jazyk přesahuje dolní ret. Při sání se dítěti pohybují spánky a uši. Nesprávně přisáté dítě se bradou a nosem nedotýká prsu a nemá doširoka otevřená ústa. Dvorec není v ústech dítěte. Při pití mléka dítěti vpadávají tváře a tkáň prsu se pohybuje (Kojeni.cz, 2015).



Obrázek 10 Správné a nesprávné přisátí (Sedlářová et al., 2008)

Mohou nastat situace, které dítěti znemožňují či ztěžují přisátí. Mezi ně patří otok dvorce a bradavky spojený s nalitými prsy. V takovém případě je nutné provést masáž dvorce směrem nahoru. Ukazovákem, prostředníkem a prsteníkem se tlačí na prsní dvorec po dobu jedné minuty a mělo by dojít ke zmírnění otoku a usnadnění přisátí (Poloková, 2020). Pokud je bradavka nejnižší položenou částí prsu, je vhodné nosit mezi kojeními kvalitní kojící podprsenku správné velikosti. Při otoku dvorce a bradavky není vhodné

používat mechanickou odsávačku, ale raději odstríkávat mateřské mléko ručně (Kojeni.cz, 2015).

Důvodem špatného přisátí může být také špatná technika kojení, používání dudlíku, dokrmování lahvičkou či funkční potíže v podobě ploché či málo vytažitelné bradavky. Nesprávné přisátí může vést k poškození bradavek a nalitým prsům (Sedlářová et al., 2008).

Technika sání

Správně sající dítě svým jazykem přesahuje dolní ret. Zformuje ho do pohárku, kterým uchopí bradavku a dvorec. Vlnovitým pohybem jazyka společně s tlakem dásní a tvrdého patra dochází k uvolňování mateřského mléka z mléčných sinusů (Kojeni.cz, 2015). Pro správné uchopení prsu musí dítě doširoka otevřít ústa. Tím se bradavka dostane hluboko do úst a nemůže být zraňována pohyby jazyka a dolní čelisti. Tlak čelisti tlačí mléčné sinusy pod dvorcem a když tlak čelisti povolí, sinusy se znovu naplní mlékem. Zadní část jazyka vytváří žlábek, kterým stéká mateřské mléko do hltanu. Dítě saje z počátku rychle a bez polykání, to je stimul pro spouštění mléka (let-down reflex). Po let-down reflexu se sání zpomalí. Tomu se říká nutritivní sání, které naplňuje nutriční potřeby dítěte. Nenutritivní sání uspokojuje dítě po emoční stránce a naplňuje jeho potřebu po těsném kontaktu s matkou (Schneidrová et al., 2006). Při pití se dítěti pohybují ušní boltce a mělo by být zřetelně slyšet, že polyká (Sedlářová et al., 2008).

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy (2014) doporučuje nepoužívat lahvičky (savičky) a dudlíky, protože kazí techniku sání. Jejich používáním se může zkrátit délka výlučného kojení a mohou se vyskytnout ragády na bradavkách, což zvyšuje riziko mastitidy. Je-li indikován dokrm, je vhodnější ho podat po prstu, sondou po prsu, hrníčkem či lžičkou (existuje speciální lžička pro podávání mateřského mléka, tzv. soft cup). Podle Schneidrové et al. (2006) má pití z lahvičky se savičkou jiný mechanismus sání, a dítě může být zmatené, protože neumí ovládat obě techniky naráz. To vede k neúčinnému sání z prsu. Dítě nemusí při sání ze savičky doširoka otevřít ústa, při následném sání z prsu neuchopí tak velkou část dvorce a může zraňovat bradavku. Také nemusí k získání mléka tolik využívat pohybů dolní čelisti. Dítě si snadno zvyká na tuhý úzký dudlík, který obemýká rty. Když pak takto začne obemýkat bradavku, může to způsobit bolest a zpozdít nebo potlačit let-down reflex.

2.5.4 Rooming-in

Výraz rooming-in znamená nepřetržitý pobyt matky s dítětem po celou dobu hospitalizace v porodnici, pokud to zdravotní stav matky či dítěte dovolí. Jsou na společném pokoji a matka se učí s dítětem manipulovat a postarat se o jeho základní potřeby pod dohledem zdravotnického personálu. Četný kontakt s dítětem napomáhá správnému rozvoji laktace a umožňuje zlepšovat techniku kojení (Dušová et al., 2019).

V minulosti bylo běžné, že matka a dítě byly po porodu odděleny a nesdílely společný pokoj. Dítě bylo matce přivázeno pouze na kojení. Oddělení matky od dítěte

ovšem vede ke snížení frekvence kojení a tvorby mateřského mléka (Jaffar, Ho a Lee, 2016).

2.6 Nejčastější problémy při kojení a doporučené postupy k jejich řešení

Jedním z důvodů, proč ženy přestanou výlučně kojit dříve, než je doporučováno, jsou problémy, které se vyskytují během kojení. Roli zde hrají nejen faktory biologické, ale také psychologické a sociální. Podle Schneidrové et al. (2006) za většinu obtíží a neúspěchů během kojení může nedostatečná informovanost a nedostatek praktických dovedností matky. Většina problémů lze postupem času odstranit a nejsou důvodem k ukončení kojení či zavedení dokrmu. Je zapotřebí podpory jak ze strany rodiny, okolí a partnera, ale také ze strany zdravotnického personálu. Zvládne-li matka potíže překonat, zvýší se jí sebevědomí a je si jistější, že se zvládne o své dítě sama postarat.

Observační studie provedená Gianni et al. (2019) zjistila, že 70,3 % matek zažilo obtíže spojené s kojením a pouze polovina z nich cítila podporu od zdravotnického personálu. Matky, které od zdravotníků získaly odbornou pomoc i po propuštění z nemocnice a matky, které rodily vaginálně, měly vyšší šance, že ve třetím měsíci života dítěte budou kojit výlučně. Matky, které zažily mastitidu, popraskané bradavky, jejich dítě neprospívalo nebo se musely vrátit do zaměstnání, měly naopak vyšší riziko, že ve třetím měsíci života dítěte výlučně kojit nebudou. Tyto výsledky zdůrazňují, jak je důležitá odborná pomoc při kojení.

Výzkum provedený Odom et al. (2013) sledoval 1177 matek starších 18 let z USA od doby těhotenství až do prvního roku dítěte. 60 % z matek, které v době provádění výzkumu kojení ukončilo, kojilo kratší dobu, než jakou původně plánovalo, z důvodu obav o své zdraví nebo zdraví dítěte. Průměrná délka kojení byla u těchto matek 3,8 měsíce. Mezi hlavní důvody k ukončení kojení matky uváděly problémy s přisáváním dítěte vedoucí k popraskaným a bolavým bradavkám, problémy s tvorbou mléka, problematické odsávání mléka, obavy z neprospívání dítěte, onemocnění či nutnost farmakoterapie matky.

2.6.1 Problémy ze strany matky

Jedním z nejčastějších problémů, které se mohou během kojení vyskytnout, jsou *popraskané bradavky (ragády)*. Mohou být velmi bolestivé a zakrvácet. Vznikají nesprávnou technikou kojení, a to zejména chybným přiložením nebo špatným přisátím dítěte. Matka by měla věnovat velkou pozornost prevenci jejich vzniku. Věnuje-li se matce dostatek času a naučí se už na začátku, jak dítě správně přikládat, ragády vůbec nemusejí vzniknout. Už při jednom nesprávném přiložení mohou vznikat praskliny, které se dlouho hojí a znepříjemňují rozvoj laktace. Když už ragády vzniknou, je třeba podpořit jejich hojení. Matka ke kojení nabízí nejdříve zdravý prs, poté ten s ragádou (Černá a Kollárová, 2015). Vhodné je změnit polohu při kojení, aby ragáda směřovala do koutku úst dítěte. Pokud se na konci kojení dítě samo prsu nepustí, je vhodné vsunout mu prst do koutku úst

tak, aby pustilo bradavku, nikoli ho od bradavky odtrhnout. Mezi kojeními je potřeba ragády vhodně ošetřovat (Kojeni.cz, 2015). Existují speciální chrániče bradavek, které umožňují přístup vzduchu k popraskaným bradavkám a zamezují nepříjemnému tření a tlaku oblečení. Využit lze i prsní vložky do podprsenky. Další možností je ošetření mateřským mlékem, které má hojivý účinek. Na bradavce se nechá zaschnout pár kapek mléka (Černá a Kollárová, 2015). K léčbě ragád se mohou opakovaně použít léčivé masti s obsahem dexpanthenolu, které se aplikují na postižené místo v tenké vrstvě. Nemusí se před kojením stírat, dítěti nevádí. Po každém kojení by měla matka nechat bradavky řádně oschnout a nosit bavlněnou prodyšnou podprsenku (Schneidrová et al., 2006). K ošetření ragád je též možno využít hydrogelové polštářky nebo Hemagel, ten je však kvůli hořké chuti potřeba před kojením důkladně omýt, aby nedocházelo k odrazení kojeného dítěte od prsu. Podle Kojeni.cz (2015) je samozřejmostí upravit techniku kojení tak, aby již nedocházelo ke vzniku nových ragád. Nehojící se ragády mohou být znakem lokální kandidové infekce. Přenáší se ústy dítěte a je třeba zaléčit jak matku, tak dítě (Roztočil et al. 2017). Pro vysokou bolestivost při kojení s ragádami někdy matky využívají tzv. kojící kloboučky. Jedná se o tenký kus silikonu vytvarovaný do tvaru bradavky s dírkami umožňujícími průtok mateřského mléka (Medela AG, 2022). Příkladá se na bolestivou bradavku. Použití kloboučků vede k tomu, že dítě nesaje z celého dvorce ale pouze z konce krytu, který supluje bradavku. To vede k nehojení ragád a dalšímu poškozování bradavky. Pokud i přes to matka kloboučky využívat chce (například u plochých bradavek, kdy jiné pokusy o správné přiložení selhaly), musí dítěti umožnit, aby do úst uchopilo i co největší část dvorce (Černá a Kollárová, 2015). Používání kloboučků ovšem zvyšuje riziko infekce bradavek, může způsobovat bolestivost a poranění bradavek a může vést k postupnému snižování laktace až úplnému ukončení kojení (Řeháková, 2018).

Bolestivé nalití prsou se může objevit mezi druhým a čtvrtým dnem po porodu. Prsy jsou bolestivé, oteklé a horké. To je dáno dilatací alveolů a kompresí ductů (Černá a Kollárová, 2015). Čím častěji matka v prvních hodinách a dnech kojí a příkládá, tím je nižší riziko nadměrného nalití prsou. Průběžné odstraňování vytvořeného kolostra a mléka z prsou způsobuje, že nalití prsou není nadměrně bolestivé. Pokud kojení není časté, prsy se plní mlékem, vzniká otok a zhoršuje se prokrvení. Tekutina z cév prosakuje do mezibuněčných prostor a pomalu odtékající lymfa nestíhá nadbytek tekutiny odstraňovat. První pomocí je příkládání chladných obkladů v době mezi kojeními. Před pokusem o přiložení je vhodné použít vlhké teplo, to zlepšuje prokrvení a cirkulaci lymfy. Je třeba pokračovat v častém kojení (Schneidrová et al. 2006). Černá a Kollárová (2015) uvádějí, že jednorázové odstříkání mléka do úplné úlevy je efektivní, protože se prsa už znovu nenalijí do takové míry a nedochází k poklesu laktace. Roztočil et al. (2017) jako další možnou pomoc uvádí reflexní masáž a šetrné zformování bradavky pomocí odstříkání těsně před kojeními.

Retence mléka vzniká z důvodu ucpaného mlékovodu. To se může stát, pokud je prs nedostatečně vyprazdňován z důvodu nepravidelného kojení a špatné techniky sání dítěte. Jedná se o velice bolestivý stav, kdy za překážkou vzniká zatuhlé horké místo (Černá a Kollárová, 2015). Překážka může vzniknout ze zaschlého mléka a buněčné drti (Roztočil et al. 2017). Objevit se může i zvýšená teplota až horečka. Když už retence

mléka nastane, je důležité efektivně odstraňovat mléko z prsu (Černá a Kollárová, 2015). Pro úlevu se doporučuje zvýšit frekvenci kojení a změnit polohu. Podpořit vyprázdnění prsu může teplý obklad či koupel těsně před kojením a masáž prsu masážním olejem směrem k bradavce (Dušová et al. 2019). Schneidrová et al. (2006) jako další řešení zmiňuje tvarohový obklad. Tvaroh se přiloží na postižené místo, přikryje se folií a nechá se dvě hodiny působit. Poté se prs umyje. Výhodou je možné opakované využití těchto obkladů. Uvolněná zátka z mlékovodu vypadá jako drobný krystal, který může být doprovázen malým množstvím zeleného hlenu. Roztočil et al. (2017) uvádí že, retence mléka není důvodem k ukončení kojení a obvykle do dvou dnů ustoupí.

Mastitida neboli zánět prsní žlázy, je stav způsobený bakteriemi, nejčastěji *Staphylococcus aureus*. Vstupní branou infekce jsou ragády či jinak poraněné bradavky. Uvádí se, že zkušenost s mastitidou během kojení má mezi 3-20 % matek (Černá a Kollárová, 2015). Takto velký rozdíl je dán rozdílnými definicemi mastitidy a častým zaměňováním s retencí mléka (Pevzner a Dahan, 2020). Nejčastěji se mastitida objevuje okolo třetího týdne po porodu (Kojeni.cz, 2015). Základními projevy mastitidy jsou horečka okolo 38,5 °C, zimnice, schvácenost, otok a červené ložisko na prsu (Černá a Kollárová, 2015). Někdy kojenci začnou v tomto období odmítat mateřské mléko. To je dáno biochemickými změnami během zánětu, které způsobují, že má mateřské mléko slanejší chuť než obvykle. Ženám, které nemohou v tomto období z jakéhokoliv důvodu kojít, se doporučuje mléko odsávat či odstříkávat, protože náhlé přerušování kojení během mastitidy zvyšuje riziko vzniku abscesu (Pevzner a Dahan, 2020). Na rozdíl od retence bývá mastitida lokalizovaná častěji v zevních kvadrantech prsu, často dochází ke zduření mizních uzlin v podpaží. U retence mléka bývá bolestivé místo, otok a červené ložisko častěji ve vnitřním kvadrantu prsu a zduření mizních uzlin je výjimečné (Řepová, 2021).

Mezi predispoziční faktory mastitidy patří poškozené bradavky, nedostatečně časté přikládání, krátké kojení, špatná technika sání, vynechávání kojení, stres matky, nemoc matky či dítěte nebo retence mléka (Černá a Kollárová, 2015). Nejefektivnější pomocí je dostatečně časté odstraňování mléka z prsu do pocitu úlevy, a to jak kojením, tak odsáváním. Dostatečné vyprázdnění prsu napomáhá správnému hojení. Proto by se měla matka podporovat v častém kojení, a to i na postiženém prsu. Vhodné je změnit polohu dítěte tak, aby bradička směřovala k postiženému místu (Řepová, 2021). Teplé obklady jsou vhodné před kojením, studené naopak po kojení, kdy pomáhají redukovat bolest a otok. Nedílnou součástí léčby je odpočinek, dostatek tekutin a správná výživa (Pevzner a Dahan, 2020). Vhodné je také zkontrolovat a upravit techniku kojení, aby nedocházelo ke vzniku dalších ragád. Co se týče farmakologické léčby, využívají se vhodná analgetika (ibuprofen, paracetamol) a antibiotika. Antibiotika se nasazují tehdy, pokud se příznaky mastitidy nezlepší do 12 až 24 hodin pomocí režimových opatření. Léčba antibiotiky trvá 10 až 14 dní. Když nezabere, jsou na místě další bakteriologická vyšetření. Dále by měla matka dbát na řádnou hygienu rukou a sterilizaci kojících pomůcek (Černá a Kollárová, 2015).

Syndrom bílé bradavky není v praxi příliš častý. Jedná se o velice nepříjemný stav, který se projevuje extrémní bolestí při a po kojení. Bradavka je namodralá až bílá a

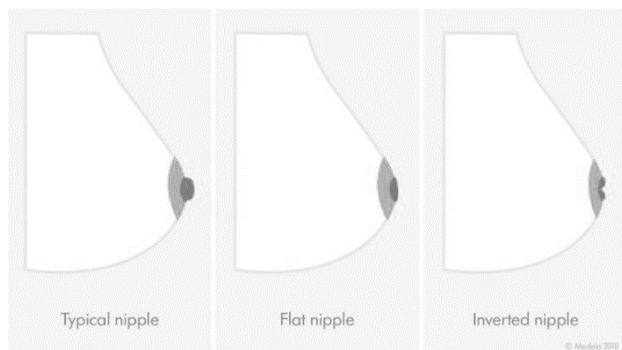
také odkrvená kvůli narušenému krevnímu oběhu. Některé ženy popisují tento stav i v období mimo laktaci. Extrémní bolestivost během kojení může být zpočátku přisuzovaná špatné technice kojení nebo kvasinkové infekci. Řešení tohoto syndromu je obtížné. Doporučuje se omezit kontakt bradavky s ústy dítěte, používat kojící kloboučky nebo mléko odstříkávat. Ke zmírnění bolesti se využívá teplo a analgetika (Černá a Kollárová, 2015).

Během laktace se také může vyskytnout *přídavná žláza (mamma accessoria)*. Jedná se o nadbytečné žlázaté těleso, které se vytváří v průběhu mléčné lišty. V důsledku hormonálního působení zduří a způsobuje bolesti. Na bolestivé místo se přikládají studené obklady. Ve většině případů není nutné volit chirurgické řešení (Roztočil et al., 2017).

Nedostatek mateřského mléka (hypolaktace) může být domnělý nebo skutečný. Většina matek se během kojení dostane do stadia, kdy se bojí, jestli dítě svým mlékem uživí. Pokud je ale nedostatek mléka domnělý a matka začne své dítě dokrmovat kojeneckou formulí i přes to, že dítě normálně prospívá, zvyšuje se riziko úplného odstavení dítěte (Černá a Kollárová, 2015). Jednou z příčin nedostatku mléka v prvních dnech může být opožděný nástup laktace déle než za 72 hodin. Studie od Huang et al. (2020) zjistila, že ženy s opožděným nástupem laktace mají menší šanci, že budou v šestém měsíci po porodu výlučně kojit a také mají větší pravděpodobnost, že kojení ukončí dříve než ženy, u kterých se rozvinula laktace včas. K poklesu tvorby mléka může podle Černé a Kollárové (2015) přirozeně dojít špatnou technikou kojení, omezováním doby strávené na prsu, nedostatkem kontaktu kůže na kůži či nerespektováním růstových spurtů. Příčinou nedostatku mléka ale mohou být i anatomické překážky, hypoplazie mléčné žlázy, operační výkon na prsu, psychologické faktory (výrazný stres může vést k signifikantnímu poklesu laktace) či porucha endokrinních funkcí. Množství mateřského mléka může výrazně poklesnout i při akutním infekčním onemocnění matky. První volbou při hypolaktaci by mělo být co nejčastější přikládání dítěte k prsu a kojení z obou prsů během jednoho krmení. Při nedostatečném sání dítěte je vhodné odstříkat či odsát po každém kojení oba prsy do úplného vyprázdnění. Do 2 až 3 dnů se obvykle laktace opět dostatečně nastimuluje. Pokud však dítě výrazně neprospívá, má málo pomočených plen nebo je mateřského mléka výrazný nedostatek, je nutno alespoň přechodně dítě dokrmovat. Pokud má matka uchováno vlastní odstříkané mateřské mléko, je vhodné přednostně dokrmovat dítě jím. Dokrm se podává vždy po kojení, není vhodné vynechávat jednotlivé dávky kojení a nahrazovat je dokrmem. Snížení frekvence kojení podporuje další snižování tvorby mateřského mléka.

Ploché nebo vpáčené bradavky automaticky neznamenají problém při kojení, pokud se dítě přisává a získává dostatek mléka. Plochá bradavka je taková, která se při stlačení dvorce či při podráždění nevytáhne. Vpáčená bradavka se při stlačení dvorce zatáhne dovnitř. Tyto typy bradavek nereagují vytáhnutím na chlad. V tomto případě se uplatňuje odborná pomoc, která matce pomůže zvládnout správnou techniku kojení. Kojit by se mělo co nejčastěji, aby si dítě mohlo nacvičit správné přisátí a sání. Je vhodné střídat různé pozice. Možné je využití plastových formovačů, které by měly matky využívat již v těhotenství. Napomáhají vytáhnutí bradavky. Doporučuje se používat je při fyziologické

graviditě již od 32. týdne těhotenství. Mezi další možné techniky patří stimulace bradavky před kojením či použití odsávačky mateřského mléka. Pokud veškeré jiné techniky selžou, může matka využít jako krátkodobé řešení kojící kloboučky (Medela AG, 2022). Vhodné pozice pro kojení se vpáčenými bradavkami jsou takové, ve kterých nedochází k uzavření štěrbin pro průtok mléka, kterou vytvořila vpáčená bradavka (Černá a Kollárová, 2015). Vhodná vzájemná pozice matky a dítěte je taková, kdy dítě leží břichem pevně přitisknuté k břichu matky a je podpírané po celou dobu kojení (Schneidrová et al., 2006).



Obrázek 11 Typy bradavek - normální, plochá a vpáčená (Medela AG, 2022)

Nadměrná produkce mléka (s přepíjením dítěte) se projevuje vysokými přírůstky na váze okolo 400 g za týden, nazelenalou zpěněnou stolicí dítěte, odtahováním dítěte od prsu, odmítáním prsu a u matky zvýšeným napětím v prsou. Pokud je nadměrná produkce mléka spojena i s rychlým tokem mléka, dítě se může zejména na začátku kojení zalykat, pouštět se prsu či prs odmítat. Při nadměrné produkci pije dítě převážně přední mléko, které neobsahuje tolik tuku jako později produkované zadní mléko. Může mít proto trávicí obtíže a menší hmotnostní přírůstek. Snížit produkci mléka lze opakovaným kojením pouze z jednoho prsu, blokovým kojením (kojení pouze z jednoho prsu po daný časový úsek) nebo kombinací blokového kojení a úplného vyprázdnění mléka z prsu (Allam et al., 2021).

Rychlý tok mléka je způsobený příliš výrazným let-down reflexem. Jeho příčina není jasná, může být způsoben zvýšenou citlivostí k oxytocinu. Může, ale nemusí mít také spojitost s nadměrnou tvorbou mateřského mléka. Důležitý je výběr vhodné pozice ke kojení. Kojení v pozici, kdy je hlavička dítěte výš než prso, napomáhá dítěti rychlý tok mléka zvládnout. Přebytečné mléko tak může volně vytékat z úst dítěte. Využívá se blokového kojení, aby dítě získalo dostatek zadního mléka. Je vhodné na prs před kojením přiložit teplý obklad a jemně odstříkat malé množství mléka, aby nedošlo k zalykání dítěte. Další možností je po přisátí dítěte na pár vteřin přerušit kojení. První silný proud mléka matka odchytí do látkové pleny či prsní vložky a po zpomalení toku v kojení může pokračovat (Thomas, 2019).

Slabý tok mléka je daný zhoršeným vypuzováním mléka z prsu. Příčinou je nejčastěji stres ze strany matky, omezování kojení nebo používání dudlíku. Při slabém toku pomáhají teplé a vlhké obklady prsou před kojením, masáže prsou a psychická pohoda matky (Kojeni.cz, 2015).

2.6.2 Problémy ze strany dítěte

Spavé dítě nevypije dostatek mléka, protože se na kojení samo nebudí. Proto je potřeba ho na kojení budit (Kojeni.cz, 2015), a to alespoň osmkrát denně. Dítě může být více spavé z důvodu předčasného porodu, novorozenecké žloutenky, infekce, komplikovaného porodu či medikace matky při porodu (Schneidrová et al., 2006). Spavé dítě potřebuje více stimulace (hlazení, přebalování, kontakt kůže na kůži). Dítě lze ke kojení probudit oslovením, navázáním očního kontaktu nebo pohybováním (Kojeni.cz, 2015). Usínající dítě u prsu může matka vysvléct a nahé přiložit na svou hrud'. Při kojení je pak vhodné střídat strany, aby za co nejkratší čas dítě vypilo co nejvíce mléka (Poloková, 2020). Pokud dítě není schopno vypít dostatečné množství mléka (například pokud u kojení opakovaně usíná), je vhodné přechodně samotné kojení zkrátit a dokrmit dítě odstříkaným či odsátým mlékem, kdy matka po každém kojení prs do úplného vyprázdnění odsaje. Dojde-li kvůli spavosti dítěte k poklesu laktace, je zapotřebí kojít, odsávat či odstříkávat častěji a opět během jednoho krmení přikládat k oběma prsům (Kent et al., 2012).

Líně pijící dítě zůstává dlouho přisáté k prsu, saje neefektivně se zavřenými očima a polyká málo po krátkou dobu. Dvorec nemá dostatečně v ústech a při pití nestlačuje mléčné sinusy. Tím nedostatečně stimuluje let-down reflex. Dítě se na kojení v noci nebudí, saje aktivně méně než osmkrát za den a pouze po dobu pěti minut. Jako řešení se volí technika tzv. „přehazování“. Pokud matka zjistí, že frekvence polykání klesá, dítě probudí a nabídne mu druhý prs. Doporučuje se také třikrát bradavkou obkroužit ústa po a proti směru hodinových ručiček, posunutí bradavky až na měkké patro dítěte nebo přistříkování mléka do úst dítěte (Kojeni.cz, 2007b).

Některé děti mají *příliš silný stisk dásní*. S velkou razancí skousnou vše, co se jim dostane do úst. Při kojení vyvíjí velký tlak na bradavku, která se následně odkrjuje. To matce způsobuje velkou bolest, a to i hodinu po kojení. Řešením je umístění palce do úst dítěte po celou dobu kojení. Protitlak palce vyvíjený na dolní čelist dítěte snižuje tlak čelistí dítěte na bradavku. Většina dětí z tohoto zlovyku vyroste, ale někdy je nutné mateřské mléko dočasně odstříkávat a podávat alternativním způsobem (Schneidrová et al., 2006).

Novorozenecká žloutenka se vyskytuje mezi čtvrtým a pátým dnem po porodu. Projevuje se zvýšenými hodnotami bilirubinu v krvi. Novorozenec může být velmi spavý a méně se hlásí ke kojení a u prsu často usíná (Roztočil et al., 2017). Podle Polkové (2020) je nedostatečné kojení nejčastější příčinou novorozenecké žloutenky.

Neprospívání dítěte může být způsobeno nedostatkem mateřského mléka. Projevuje se sníženým počtem pomočených plen za den (norma je šest až osm) a změnou charakteru stolice na hnědou zápachající, někdy s hlenem (Černá a Kollárová, 2015). Dítě je neklidné, má nízké váhové přírůstky nebo naopak velké váhové úbytky větší než 12 % porodní hmotnosti (Lebl et al., 2012). Pokud dítě neprospívá, je nezbytné objektivizovat vypité objemy mateřského mléka (vážením kojeneho dítěte před a po kojení), při

hypolaktaci je zapotřebí upravit režim výše uvedenými způsoby. V případě nutnosti se podává dokrm buď mateřským mlékem nebo kojeneckou formulí.

Gastroezofageální reflux znamená návrat žaludečního obsahu do jícnu. U novorozenců a malých kojenců je mírný gastroezofageální reflux (GER) fyziologickým fenoménem. Vzniká na základě přechodné relaxace dolního jícnového svěrače. Nejčastější je v prvních měsících života a jeho největší výskyt je okolo čtvrtého měsíce. Do dvou let věku u většiny dětí vymizí. Projevuje se nejčastěji po jídle (Lebl et al., 2012). Mezi klinické příznaky patří dysfagie, neprospívání, plačtivost (zejména po jídle), regurgitace, ublinkávání či odmítání stravy (Stožický a Sýkora, 2016). Řešením je využití karubinu (např. Nutriton) nebo xanthanové gumy (např. Gastrotuss Baby) k zahuštění mateřského mléka, což snižuje viditelnou regurgitaci stravy. Důležité je také zavést tzv. antirefluxní režim – dítě vždy nechat řádně odříhnout, ukládat do zvýšené polohy hlavičky (podložky pod matraci, zvýšená poloha postýlky). Vhodné je krmit dítě častěji a kratší dobu (Volf, 2013). Pokud dochází k přepíjení, je potřeba objektivizovat kojení. Dávka vypitého mléka za 24 hodin nemá přesáhnout 150 až 180 ml/kg (Zlatohlávek et al., 2019). U těžkého GER může být nutné provést chirurgickou fundoplikaci žaludku. Nejzávažnější komplikací GER je aspirace žaludečního obsahu, která může vést k opakovaným pneumoniím, ale též k apnoe a SIDS. Podobné symptomy jako GER může mít také ABKM (Lebl et al., 2012).

Kojenecká kolika se řídí pravidlem tří. O koliku se jedná, pláče-li jinak zdravé dítě tři hodiny denně nejméně tři dny v týdnu po dobu tří týdnů. Pláč se objevuje obvykle ve stejnou denní dobu a je častější u chlapců. Koliky se nejčastěji vyskytují v období od dvou týdnů do konce třetího měsíce věku dítěte, ale mohou se vyskytnout i déle. Dítě intenzivně pláče, má napnuté břicho, ruce v pěst, kope nohama a unikají mu střevní plyny. Příčiny nejsou zcela objasněny, ale na vzniku se může podílet nevyvinutost trávicího traktu, reakce na některé složky potravy nebo polykání vzduchu při kojení. Vždy je třeba nejprve vyloučit organické onemocnění gastrointestinálního traktu či ABKM. Matka může dítěti masírovat břicho olejíčky, používat teplé obklady, vyřadit ze stravy alergeny nebo použít náhradní mléčnou kojeneckou výživu s hydrolyzovanou bílkovinou. Mnohdy je však jediným řešením vyčkání na spontánní ústup obtíží (Lebl et al., 2012). Pro kojící matku bývají tyto stavy velice psychicky náročné a snadno může koliku zaměnit s projevy ABKM či jiných alergií. Zbytečně pak může zavést dokrm, omezovat pestrost vlastní stravy nebo ve snaze dítěti ulevit od symptomů dítě zcela převést na kojeneckou formuli.

Potravinové alergie mají v kojeneckém věku prevalenci 5 až 8 %. Projevuje se kožními, gastrointestinálními či respiračními symptomy. „Kojené dítě, resp. imunita kojeného dítěte, je prostřednictvím stravy matky konfrontováno s antigeny kravského mléka, vaječného bílku, rybího masa či s antigeny ořechů. Je-li obranyschopnost dítěte v pořádku, dojde k správné imunologické toleranci těchto bílkovin záhy po narození, jedná-li se však o atopika, může dojít k rozvoji alergického zánětu a k manifestaci choroby imunologické povahy“ (Fuchs, 2011). Jedním z důsledků potravinových alergií u dítěte může být vznik alergické proktokolitidy. Projevuje se přítomností krve a hlenu ve stolici či mírnými průjmy u dětí před třetím měsícem věku (Lebl et al., 2012). Mezi další projevy potravinové alergie může patřit kopřivka, atopický ekzém a bronchitidy. Potravinové

alergie se diagnostikují pomocí eliminačně-expozičních testů, kdy se nejdříve vysadí potenciální alergen ze stravy a poté se přistoupí k expozici (Fuchs, 2011). Nejčastější potravinovou alergií v kojeneckém věku je ABKM. Postihuje 1 až 3 % kojenců a má dobrou prognózu. U 50 % kojenců vymizí do jednoho roku, u více než 90 % dětí vymizí v šesti letech. Mezi klinické projevy patří alergická proktokolitida, ekzém, vzácně i anafylaxe. Kojícím matkám se doporučuje ze své stravy eliminovat mléčné výrobky a všechny výrobky, ve kterých se může vyskytovat bílkovina kravského mléka, včetně stopových množství (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014). Alergickou reakci může vyvolat i dávka v řádu miligramů (Pracovní skupina pro potravinovou alergii, 2018). Z důvodů omezení mléčných výrobků a snížení pestrosti stravy je pak u matky nutné začít se suplementací vápníku, a to dávkou 1000 mg denně. Pokud nemá eliminační dieta efekt či matka nemůže eliminační dietu dodržovat, lze zařadit speciální eHF a AAF kojenecké formule (Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy, 2014).

Ankyloglosie je vrozený stav, kdy je podjazyková uzdička kratší než obvykle. To dítěti neumožňuje správné otevření úst a přisátí k prsu. Pohyblivost jazyka je omezena. Krátkou podjazykovou uzdičku je možno rozpoznat tak, že má dítě při pláči či vyplazení jazyka špičku jazyka do tvaru srdíčka. Ankyloglosie se může projevovat obtížným přisáváním dítěte, obtížnou pohyblivostí jazyka, delší dobou kojení, nízkými váhovými přírůstky a neklidem dítěte. Matka může mít bolestivé bradavky (z důvodu silného stisku čelistí dítěte), nedostatek mateřského mléka či opakované mastitidy. Při výrazných obtížích je řešení obvykle chirurgické (NHS, 2020).

Rozštěpové vady činí kojení obtížným, ale nikoliv nemožným. Záleží na velikosti a umístění rozštěpové vady a na velikosti bradavky matky. Matka se ke kojení podporuje a přiložení dítěte k prsu by se mělo vždy vyzkoušet. U menších defektů je možné jejich utěsnění prsní tkání. Ke kojení se využívá vzpřímené polohy, boční polohy či polohy tanečnicka. Pokud kojení možné není, matka v pravidelných intervalech mléko odstříkává a tímto mlékem se následně dítě krmí pomocí speciálních saviček. Motivace matek k udržení laktace bývá vysoká a děti dostávají mateřské mléko dlouhou dobu (Černá a Kollárová, 2015).

2.7 Podpora kojení

V roce 1991 zahájila WHO společně s UNICEF iniciativu „Baby Friendly Hospital Initiative“ (BFHI, česky též Nemocnice přátelská k dětem), která motivuje zdravotnická zařízení poskytující péči o matku a dítě k dodržování tzv. „Deseti kroků k úspěšnému kojení WHO-UNICEF“. Deset kroků k úspěšnému kojení je soubor zásad a postupů k podpoře rozvoje a udržení laktace v porodnicích a jeho znění zobrazuje Obrázek 12. V České republice byla iniciativa BFHI zahájena v roce 1992 a první BFHI porodnicí u nás se stala Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze-Krči v roce 1994. Porodnice, které splňují všech 10 doporučených kroků, mohou zažádat o udělení certifikátu BFHI. Hodnocení nemocnic mají na starosti vyškolení lektori a hodnotitelé a certifikát vydává Národní laktační centrum s pověřením UNICEF (Kojeni.cz, 2017). V současné době je v České republice 65 porodnic s certifikátem BFHI a jejich seznam je dostupný na webových stránkách Laktační ligy (www.kojeni.cz).

10 kroků K ÚSPĚŠNÉMU kojení

Klíčové řídicí postupy

- 1.a** Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a příslušná usnesení Světového zdravotnického shromáždění (WHA).
- 1.b** Mít písemně vypracovanou strategii výživy kojenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.
- 1.c** Zavést systémy průběžného monitorování a správy dat.

Klíčové klinické postupy

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

 World Health Organization

 BABY FRIENDLY INITIATIVE CZ
LAKTAČNÍ LIGA
WHO/UNICEF

 unicef

Obrázek 12 Deset kroků k úspěšnému kojení (Kojeni.cz, 2017)

Světové zdravotnické shromáždění schválilo v roce 2012 „Komplexní prováděcí plán pro výživu matek, kojenců a malých dětí“, ve kterém stanovilo šest globálních výživových cílů do roku 2025. Jako jeden z těchto výživových cílů je zvýšení míry výlučného kojení v prvních šesti měsících alespoň na 50 % (WHO, 2014).

Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka byl zveřejněn WHO a v roce 1981 byl přijat Světovým zdravotnickým shromážděním. Kodex byl vytvořen jako reakce na marketingové aktivity výrobců náhrad mateřského mléka. Zajišťuje, aby byly náhrady mateřského mléka dostupné pouze v případě, kdy jsou nutné a reguluje jejich reklamu, která má na kojící matky nepříznivý vliv. V nemocnicích by neměly být k dispozici žádné vzorky ani reklamní předměty s logy firem, které náhrady mateřského mléka vyrábí. Podle kodexu spadají do regulace také dudlíky a lahvičky (WHO, 2020).

2.7.1 Edukace na úrovni prenatální péče

Edukovat matku o kojení je vhodné již během těhotenství, aby mohla získané informace využít ihned po porodu. Získat by měla komplexní a aktuální informace o fyziologii laktace, přínosech kojení, složení mateřského mléka a kolostra a správné technice kojení (Roztočil et al., 2017). V době těhotenství je také vhodné začít řešit problémy s vpáčenými nebo bradavkami plochými bradavkami aplikací tzv. formovačů bradavek (Černá a Kollárová, 2015). „Včas podané informace zvyšují znalost, dovednost a sebevědomí matek, což je předurčujícím faktorem k úspěšnému kojení“ (Kojeni.cz, 2015)

2.7.2 Laktační poradenství

Laktační poradenství se věnuje podpoře a ochraně kojení. Dále se zabývá řešením problémů vzniklých během kojení a snaží se těmto problémům předcházet. Většina porodnic má v laktačním poradenství proškolené odborníky ze stran dětských sester a porodních asistentek. Pomáhají matkám dítě správně přiložit k prsu, učí je péči o prsy a řeší problémy, které se během hospitalizace vyskytnou. Důležitou vlastností laktačního poradce je také umění matku vyslechnout, akceptovat a psychicky ji podpořit (Dušová et al., 2019). Své služby poradci realizují telefonicky nebo osobní návštěvou v domácím prostředí matky. Zaměřují se zejména na udržení kojení, podporu laktace, správnou techniku, řešení aktuálních problémů a osvětu v problematice kojení. Pomáhají také s odstavením dítěte. Laktační poradenství má pozitivní vliv na psychiku matky a také má vliv na počet dlouhodobě kojících dětí (Černá a Kollárová, 2015).

Certifikovaným laktačním poradcem se může stát kdokoliv jak z řad laické veřejnosti, tak z řad zdravotníků, kdo absolvuje certifikovaný kurz pořádaný Laktační ligou. Kurzy pro zdravotníky a laiky jsou odlišné. Zdravotníci získávají certifikát „Laktační poradce – zdravotník“, který je opravňuje k poskytování laktačního poradenství i v rámci zdravotnického zařízení. Seznam certifikovaných laktačních poradců, na které se může kojící matka v případě potřeby obrátit, je volně přístupný na webových stránkách Laktační ligy (www.kojeni.cz).

Laktační liga je nezisková organizace vzniklá v roce 1998, jejímž cílem je propagace a podpora kojení v České republice. Provozuje Národní laktační centrum a Národní linku kojení, kam se mohou matky obracet s problémy s kojením. Vytváří edukační materiály, pořádá konference zaměřené na problematiku kojení a certifikované kurzy laktačního poradenství a také dohlíží na dodržování „Deseti kroků k úspěšnému kojení WHO-UNICEF“ a vydává certifikáty BFHI (Kojeni.cz, 2015).

3 Praktická část

3.1 Metodika a cíle výzkumu

Primárním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda odborná pomoc při obtížích během kojení významně prodlužuje délku výlučného kojení, s porovnáním přínosu jednotlivých odborných profesí.

Sekundárními cíli je zjistit podíl kojících matek, které potřebují odbornou pomoc s kojením během prvních 6 měsíců dítěte, dále zjistit, jaké jsou nejčastější obtíže vyskytující se během výlučného kojení a v neposlední řadě zjistit informovanost kojících matek o doporučené délce výlučného kojení a jeho výhodách.

Na základě stanovených cílů práce jsem sestavila hypotézu. Domnívám se, že:

„Matky ukončují výlučné kojení předčasně nikoli pro nedostatek motivace ke kojení, ale kvůli potížím s kojením, které se jim nepodařilo překonat“ a „Edukace matky odborně vyškoleným zdravotnickým personálem při potížích s kojením pomůže významně prodloužit délku výlučného kojení“.

3.1.1 Design výzkumu, výběr respondentů a průběh výzkumu

Výzkum probíhal kvantitativně, formou neintervenčního dotazníkového šetření. Dotazník byl distribuován v tištěné podobě (viz Příloha 1) ve 4 ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD). Dotazník byl určen pro matky kojenců mezi ukončeným 6. a 12. měsícem věku, kteří jsou jejich prvním dítětem. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní. Z šetření byly vyloučeny ženy vícerodičky (matky kojenců, kteří nebyli jejich prvním dítětem, byly z výzkumu vyloučeny proto, že jejich předchozí zkušenosti s kojením mohly ovlivnit délku výlučného kojení u dalšího dítěte). Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 35 prvorodiček. Vzhledem k neúplnému vyplnění musely být 3 dotazníky vyloučeny. Ke zpracování výsledku bylo tedy použito 32 dotazníků.

V dotazníku bylo celkem 24 otázek. Otázky byly zvoleny otevřené (3), polouzavřené (11), uzavřené (9) a Likertova škála (1). Výrazy, kterým by respondentky nemusely porozumět, byly v dotazníku vysvětleny. Respondentky byly v úvodu dotazníku seznámeny s jeho účelem a že data z něj získaná budou sloužit pouze ke zpracování bakalářské práce. V závěru dotazníku měly respondentky možnost připsat jakékoliv informace, které by nám ohledně svého kojení, laktace, zavádění příkrmů či souvisejících okolností chtěly sdělit. Součástí dotazníku bylo také poděkování za čas strávený vyplňováním dotazníku a za laskavou spolupráci.

Sběr dotazníků se konal ve 4 ambulancích PLDD na území hlavního města Prahy a okresu Praha-východ. Konkrétně se jednalo o ambulance MUDr. Natálie Szitányi v Praze, MUDr. Kristiny Honové (sběr probíhal u MUDr. Veroniky Dvořákové) v Praze, MUDr. Šárky Roubkové Paurové v Čelákovcích a MUDr. Markéty Ježkové v Jirnech. Sběr se odehrál v období od prosince 2021 do března 2022. Lékařky měly k dispozici vytištěné dotazníky a rozdaly je vybraným matkám, které splňovaly podmínky výzkumu a

s jeho vyplněním souhlasily. Vyplněné dotazníky respondentky předávaly lékařkám, které sběr dotazníku zprostředkovaly.

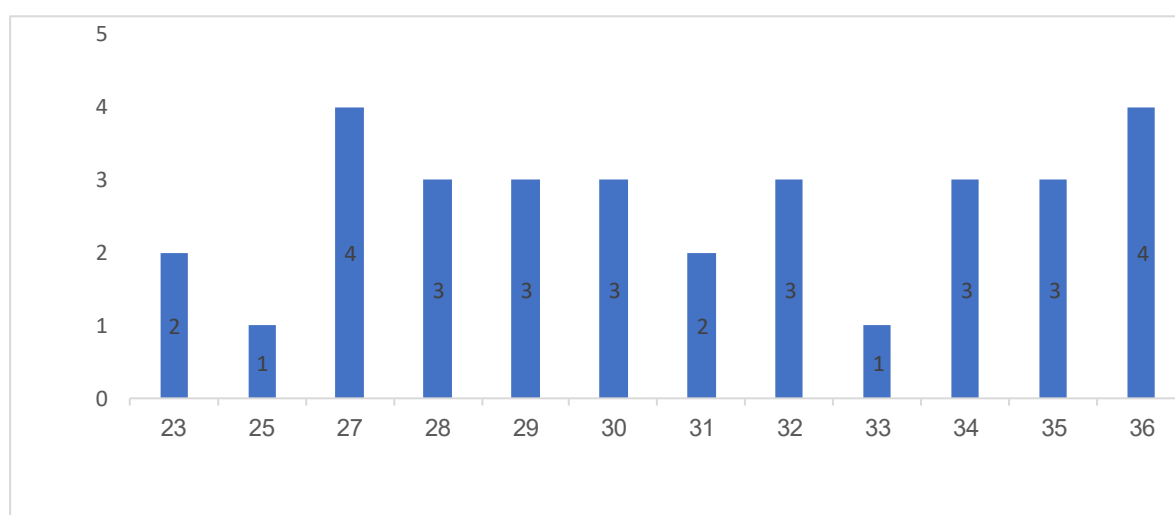
Získaná data byla zpracována v programech Google Forms a Microsoft Excel, kde byla vyhodnocena a graficky znázorněna. Dále byla data statisticky zpracována použitím programovacího jazyka R v programu R studio.

3.1.2 Etika výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo v ambulancích PLDD. Všechny lékařky s prováděním dotazníkového šetření souhlasily a nepožadovaly souhlas etické komise. Respondentky měly možnost v případě nesouhlasu dotazník nevyplnit.

3.2 Výsledky výzkumu

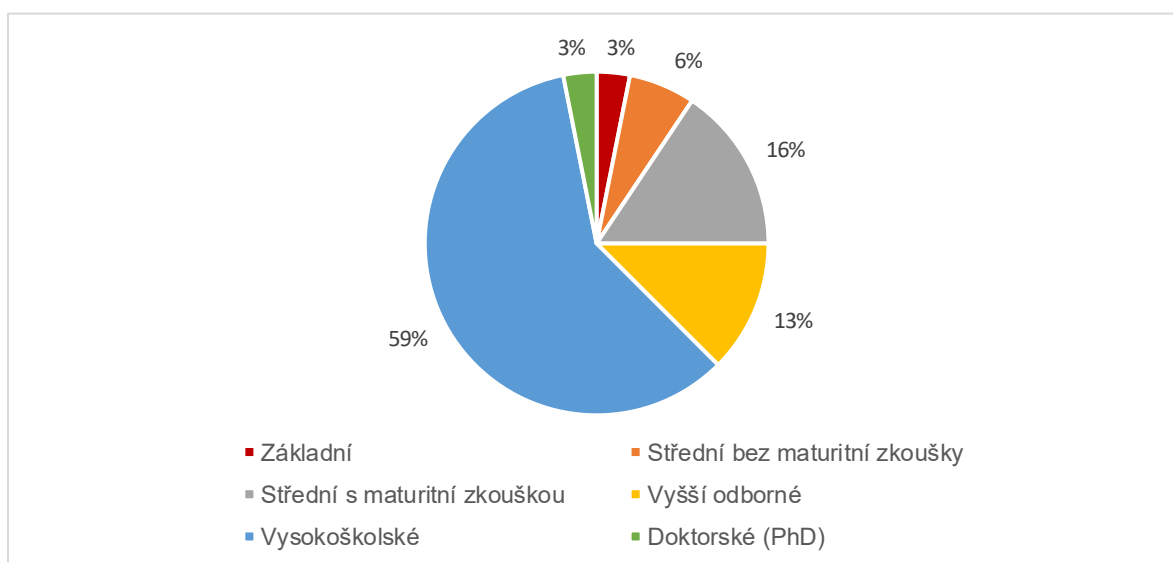
1. Prosím, uveďte svůj věk:



Graf 1 Věk respondentek

Graf 1 zachycuje věkové rozhraní respondentek. Pouze 2 respondentky (6 %) byly mladší 25 let. 11 respondentek (34 %) uvedlo věk 25 až 29, 12 respondentek (38 %) uvedlo věk 30 až 34 a 7 respondentek (22 %) uvedlo věk 35 a více. Nejvíce respondentek uvedlo věk 27 let (4) a 36 let (4). Průměrný věk respondentek byl 30,7 let.

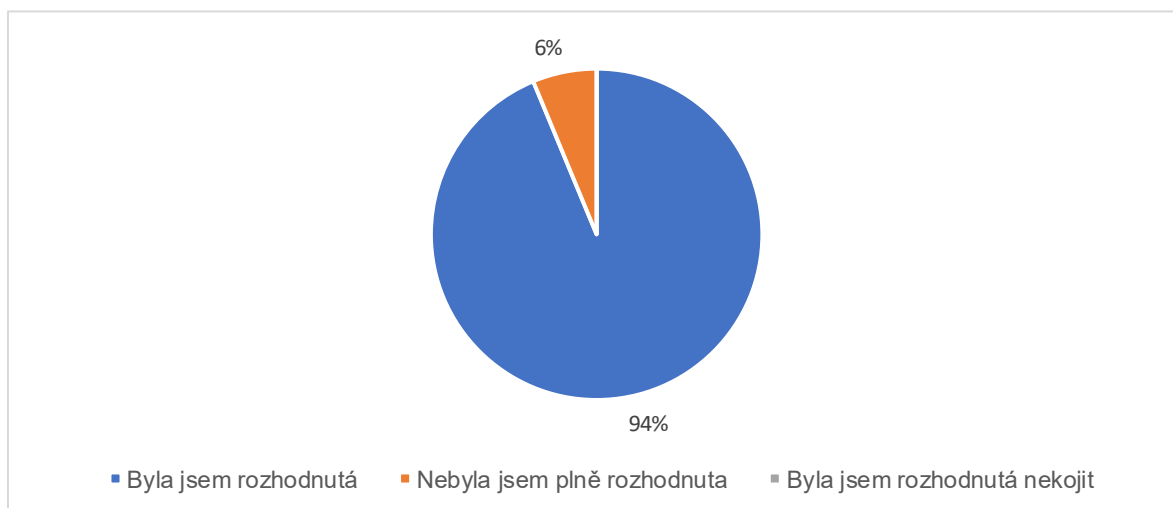
2. Prosím uveďte své nejvyšší dosažené vzdělání:



Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Graf 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Většina z nich (19 respondentek, 59 %) uvedla vysokoškolské vzdělání. Střední vzdělání s maturitní zkouškou uvedlo 5 respondentek (16 %), vyšší odborné 4 respondentky (13 %) a střední vzdělání bez maturitní zkoušky 2 respondentky (6 %). Nejméně často uvedly respondentky vzdělání základní (1 respondentka, 3 %) a vzdělání doktorské (1 respondentka, 3 %).

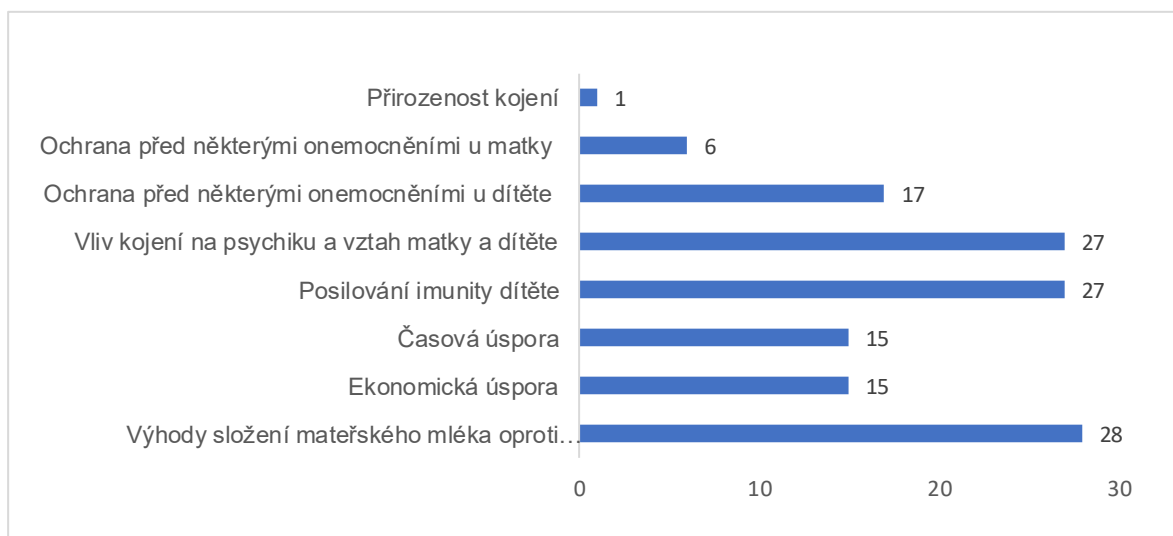
3. Byla jste před porodem rozhodnuta kojit?



Graf 3 Rozhodnutí matek kojit

Graf 3 ilustruje, jak byly matky rozhodnuté kojit před porodem. Naprostá většina respondentek (30, 94 %) byla před porodem rozhodnuta kojit. Pouze 2 respondentky (6 %) uvedly, že nebyly plně rozhodnuty. Rozhodnutí nekojit ne zvolila žádná z respondentek.

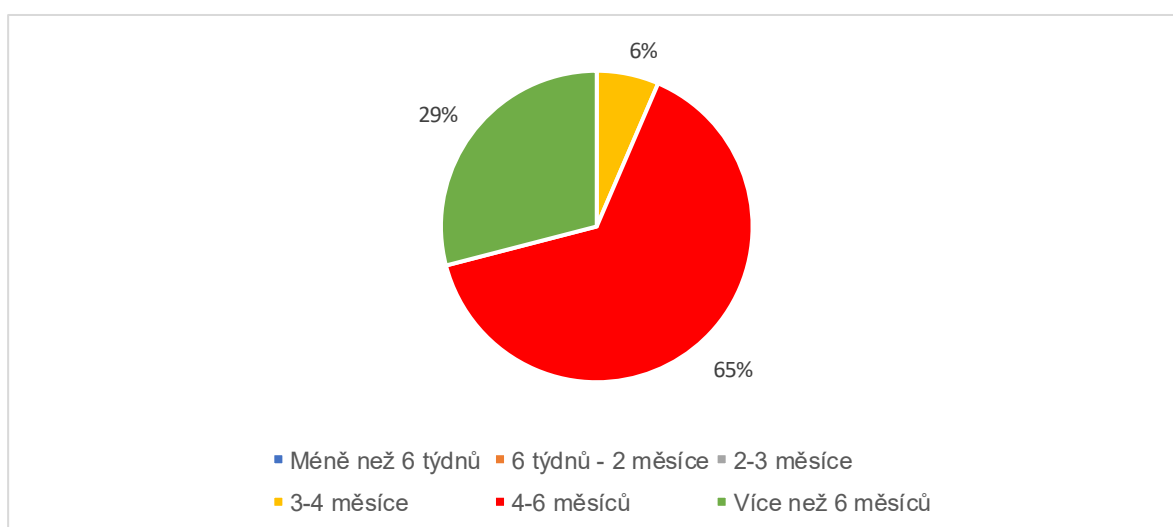
4. Pokud jste byla rozhodnuta kojit, zaškrtněte, prosím, co pro Vás bylo při rozhodování důležité?



Graf 4 Důležité faktory v rozhodování o kojení

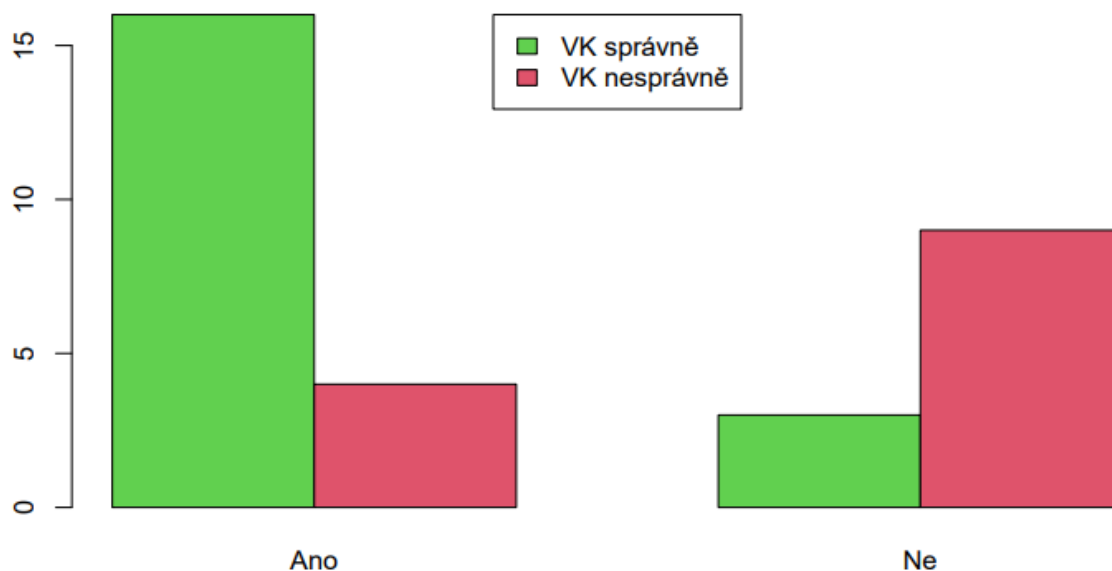
Graf 4 znázorňuje důležité faktory v rozhodování matek o kojení. 28 respondentek (88 %) uvedlo, že pro ně byly důležité výhody složení mateřského mléka oproti kojenecké formuli, 27 respondentek (84 %) považovalo za důležité vliv kojení na psychiku a vztah matky a dítěte a stejný počet (27, 84 %) posilování imunity dítěte. Časovou a ekonomickou úsporu označilo shodně 15 respondentek (obojí 47 %). Ochranu před některými onemocněními u dítěte uvedlo 17 respondentek (53 %). Nejméně významná byla pro respondentky ochrana před některými onemocněními u matky, kterou označilo 6 respondentek (19 %) a přirozenost kojení, kterou označila pouze 1 respondentka (3 %).

5. Pokud jste byla rozhodnutá kojit, zaškrtněte, prosím, jak dlouho jste měla v plánu výlučně kojit.



Graf 5 Plánovaná délka výlučného kojení

Na otázku č. 5 odpovědělo 31 respondentek. Na Grafu 5 je znázorněna plánovaná délka výlučného kojení u žen před porodem. Nejvíce respondentek (20, tj. 65 %) plánovalo výlučně kojít 4 až 6 měsíců. Výlučně kojít déle než 6 měsíců mělo v plánu 9 respondentek (29 %) a 2 respondentky (6 %) plánovaly výlučně kojít 3 až 4 měsíce. Možnosti Méně než 6 týdnů, 6 týdnů - 2 měsíce a 2-3 měsíce neuvděla žádná z respondentek.



Měla respondentka správné info o době VK?

Graf 6 Vliv informovanosti o doporučené délce kojení před porodem na dodržení doporučené délky výlučného kojení

Položila jsem si výzkumnou otázku „*Má správná informovanost před porodem o doporučené délce výlučného kojení signifikantní vliv na dodržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců)?*“. Na jejím základě jsem si stanovila nulovou hypotézu, že informovanost o doporučené délce výlučného kojení před porodem a dodržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců) jsou na sobě nezávislé. K získání informací byly využity proporční tabulky, statistický chí-kvadrát test nezávislosti a vizualizace dat i residuí statistického testu. Do hodnocení byla zahrnuta i respondentka, která otázku č. 5 nezodpověděla (neuvděla doporučenou délku výlučného kojení). Jak vyplývá z Grafu 6, z respondentek, které dodržely doporučenou délku výlučného kojení, mělo 16 respondentek (tj. 84,2 %) správné informace o délce výlučného kojení a pouze 3 respondentky (tj. 15,8 %) tyto informace neměly. Z respondentek, které doporučenou délku výlučného kojení nedodržely, byly pouze 4 respondentky (tj. 30,8 %), které měly správné informace a 9 respondentek (tj. 69,2 %) správné informace o doporučené délce výlučného kojení nemělo.

Statistický chí-kvadrát test nezávislosti zamítl na hladině významnosti $\alpha = 0.05$ nulovou hypotézu ($p\text{-value} = 0.007036$), takže lze konstatovat, že mezi správnou informovanost o doporučené délce a dodržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců) existuje *pozitivní a signifikantní vztah*.

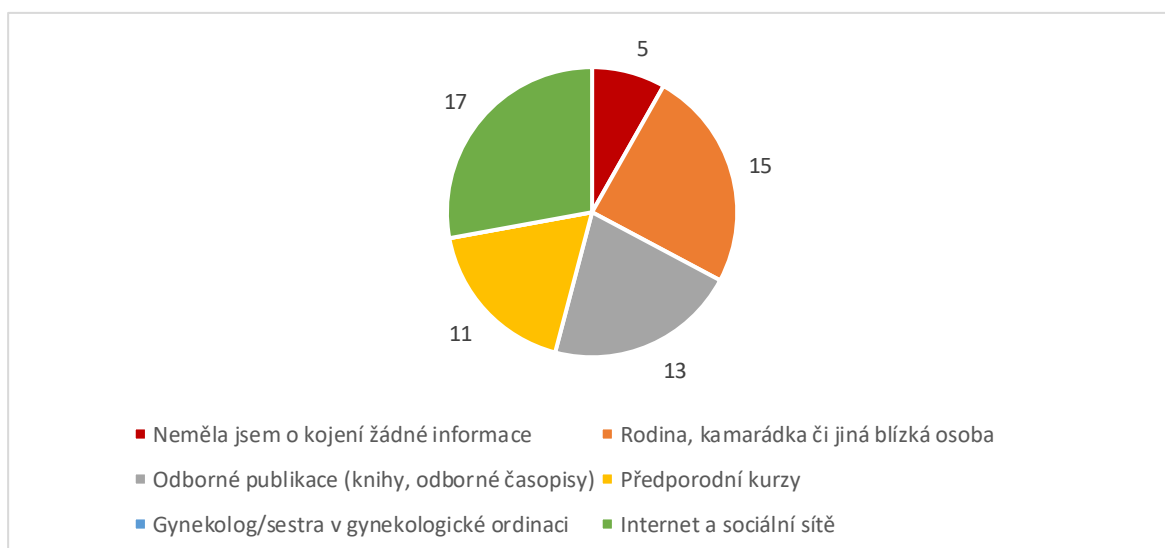
6. Pokud jste nebyla rozhodnuta kojít, zaškrtněte, prosím, co pro Vás bylo při rozhodování důležité?



Graf 7 Faktory důležité v rozhodování o nekojení

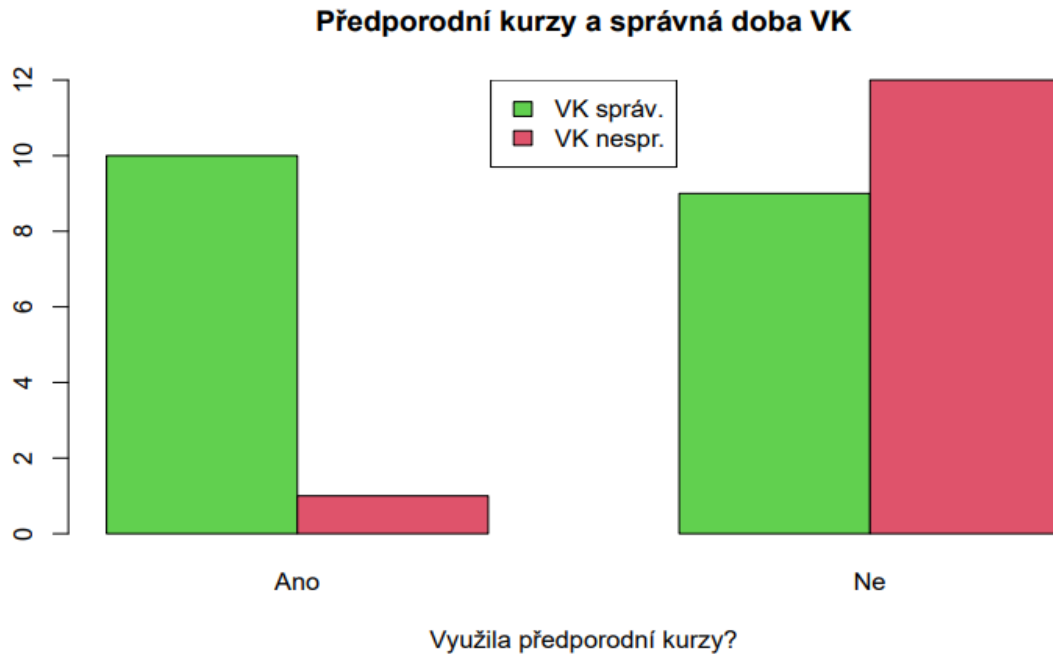
Vzhledem k vysoké motivaci žen ke kojení byla tato otázka zodpovězena pouze ve dvou případech, jak znázorňuje Graf 7. 1 respondentka uvedla jako jeden z důvodů obavu z vlivu kojení na vzhled prsu a 1 respondentka uvedla obavu z nezvládnutí techniky či časové náročnosti kojení. Jiná z odpovědí se zde nevyskytla.

7. Zaškrtněte, prosím, zda a případně odkud jste před porodem čerpala informace o kojení?



Graf 8 Zdroj informací o kojení před porodem

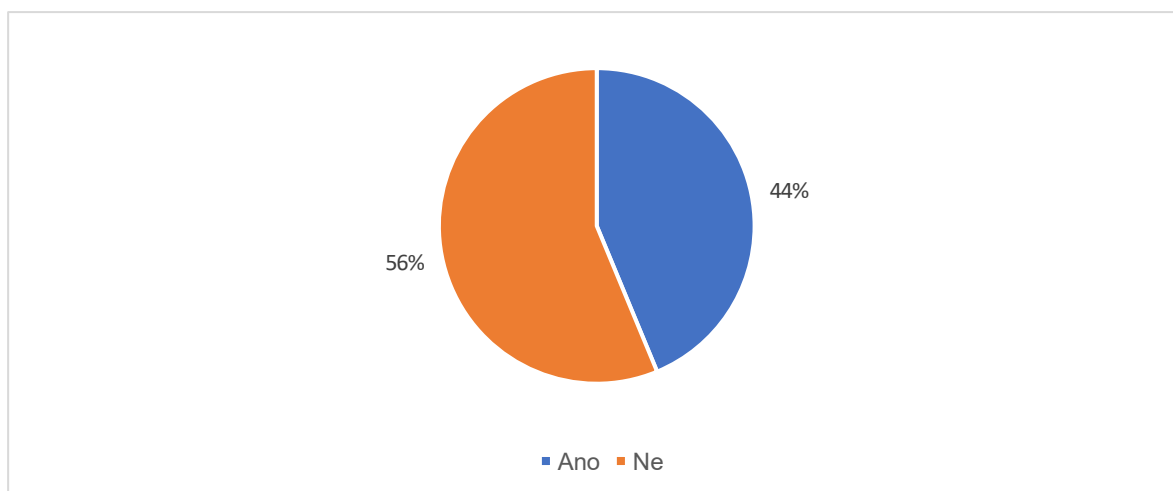
Zdroj informací o kojení před porodem znázorňuje Graf 8. Žádné informace o kojení nemělo před porodem 5 respondentek, což je 16 %. Jako nejčastější zdroj uvedly respondentky internet a sociální sítě, a to v 17 případech (53 % respondentek). Dalšími častými zdroji, které se objevily v 15 případech (47 % respondentek), byly rodina, kamarádka či jiná blízká osoba a také odborné publikace (13 respondentek, 41 %). Nejméně často čerpaly ženy před porodem informace z předporodních kurzů, a to v 11 případech (34 % respondentek). Gynekologa či sestru v gynekologické ordinaci neuvedla žádná z respondentek.



Graf 9 Předporodní kurzy a udržení doporučené délky kojení (4-6 měsíců)

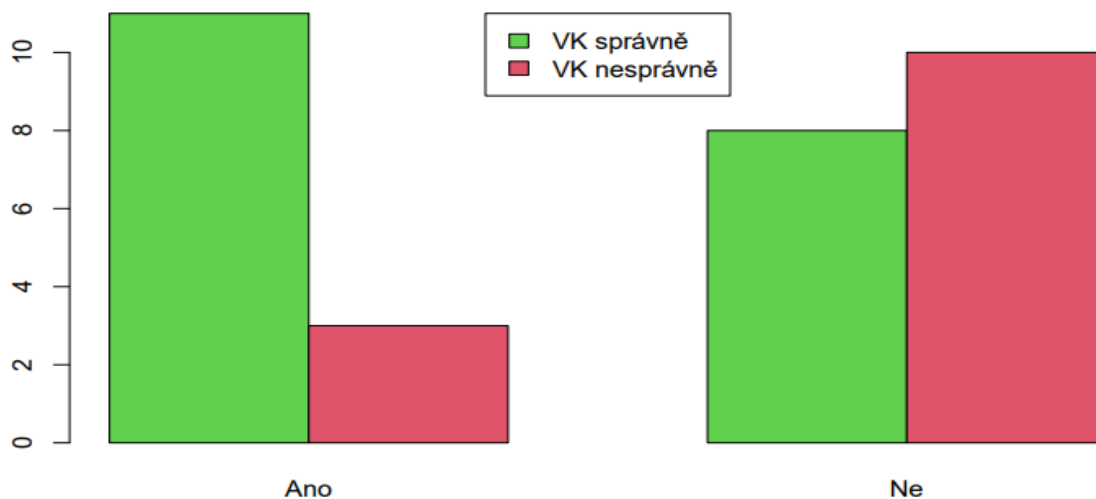
Položila jsem si výzkumnou otázku „*Má zdroj informací o kojení před porodem signifikantní vliv na dodržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců)?*“. Na základě této otázky jsem sestavila nulovou hypotézu, že zdroj informací o kojení před porodem a dodržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců) jsou na sobě nezávislé. Analyzován byl jednotlivě vliv každého z informačních zdrojů na dodržení doporučené délky výlučného kojení u dané osoby. Použity byly binární histogramy a statistické chí-kvadrát testy nezávislosti. Výsledky ukázaly, že vliv odborných publikací, internetu a sociálních sítí, blízké osoby a položky „žádné informace“ není statisticky prokazatelný a nulová hypotéza se nezamítá. Naopak nezávislost dodržení doporučené délky výlučného kojení na předporodních kurzech byla zamítnuta chí-kvadrát testem (na hladině významnosti $\alpha = 0.05$, p-value = 0.02446) a lze tedy tvrdit, že mezi těmito dvěma faktory existuje *signifikantní vztah*. Poměrné zastoupení respondentek, které využily předporodních kurzů, je vidět na Grafu 9.

8. Měla jste před porodem informace i o možných obtížích s kojením a jejich řešením?



Graf 10 Informovanost matek před porodem o možných obtížích s kojením a jejich řešení

Jak vyplývá z Grafu 10, jen 14 respondentek (44 %) mělo informace o možných obtížích spojených s kojením a jejich řešení. Většina žen, tj. 18 respondentek (56 %), tyto informace neměla.



Měla respondentka informace o obtížích?

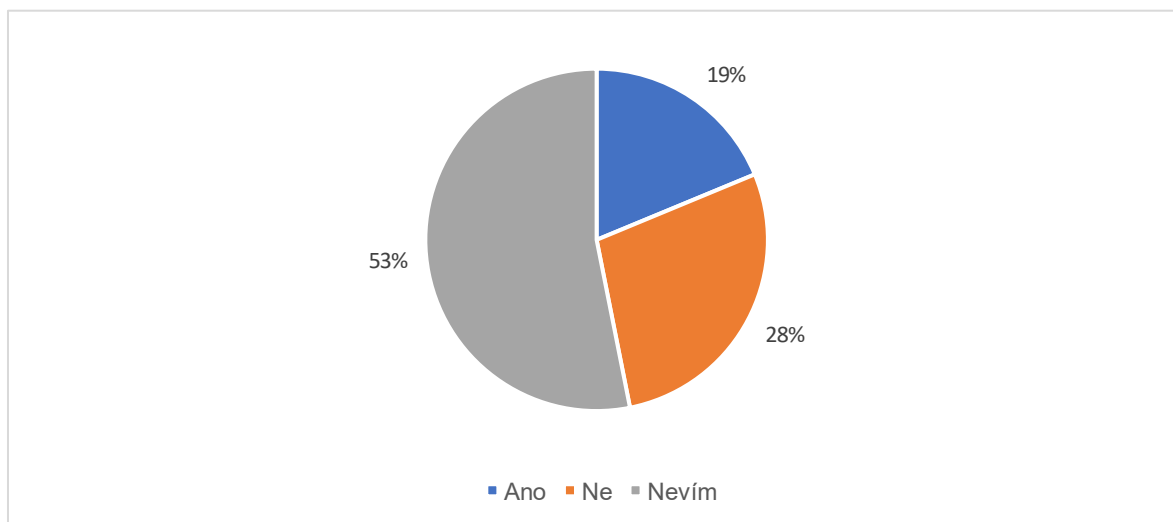
Graf 11 Vliv informovanosti o obtížích spojených s kojením před porodem na délku výlučného kojení

Položila jsem si výzkumnou otázku „*Má informovanost o možných obtížích spojených s kojením a jejich řešením před porodem signifikantní vliv na udržení doporučené délky výlučného kojení?*“. Na jejím základě jsem určila nulovou hypotézu, že informovanost o možných obtížích spojeným s kojením před porodem a dodržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců) jsou na sobě nezávislé. K získání informací byly využity porovnávací tabulky, chí-kvadrát test nezávislosti a vizualizace dat i residuů statistického testu. Jak vychází Grafu 11, 11 respondentek (78.6 %), které měly

informace o možných obtížích před porodem, dodržely doporučenou délku výlučného kojení, oproti pouze 8 respondentkám (44,4 %), které tyto informace neměly a doporučenou délku přesto udržely. Z respondentek, které doporučenou délku výlučného kojení nedodržely, bylo 10 respondentek (76,9 %) bez informací o možných obtížích během kojení. Pouze 3 respondentky (23,1 %) tyto informace měly.

Domněnku, že by mohla existovat závislost mezi informovaností o obtížích a správnou dobou kojení, nepotvrzuje chí-kvadrát test nezávislosti, který na hladině významnosti $\alpha = 0.05$ ($p\text{-value} = 0.1125$) nezamítá nulovou hypotézu, že by informovanost o obtížích a dodržení doporučené délky výlučného kojení byly navzájem nezávislé. Tento test však není statisticky zcela signifikantní, protože ne všechny kategorie měly alespoň 5 pozorování. Zároveň platí, že odpověď ANO na otázku, zda osoba měla informace o obtížích, koreluje alespoň slabě pozitivně s tím, že tato osoba poté výlučně kojila správnou dobu. Ačkoliv tomu některé indicie nasvědčují, *nelze potvrdit*, že informovanost o obtížích během kojení před porodem měla signifikantní vliv na udržení doporučené délky kojení. Pro jednoznačnou odpověď by bylo potřeba získat více dat.

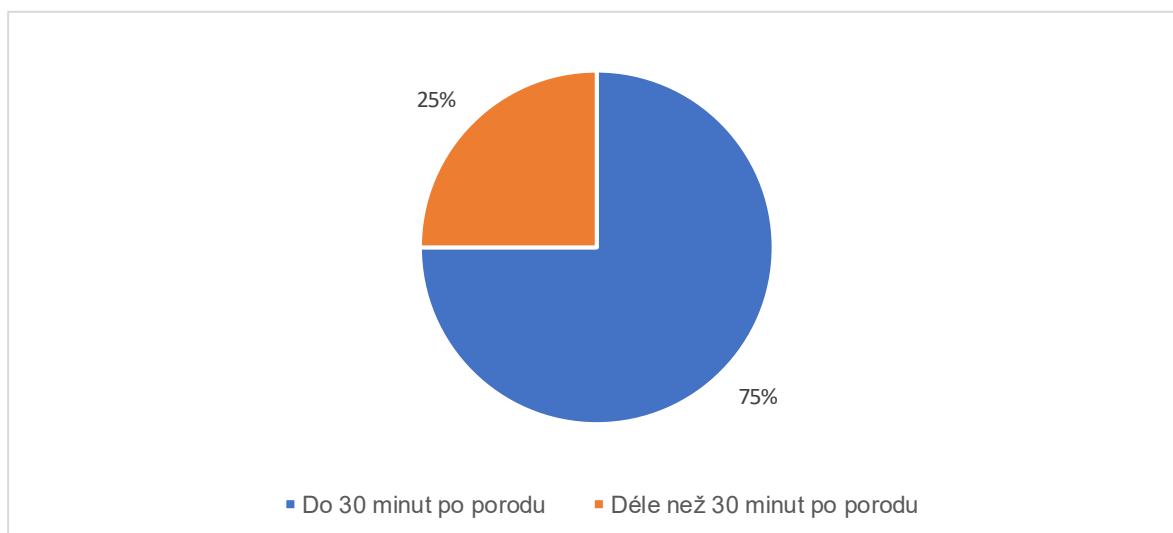
9. Rodila jste v porodnici s certifikátem „BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE“?



Graf 12 Porod v porodnici s certifikátem BFHI

Dle Grafu 12, 17 respondentek (53 %) uvedlo odpověď Nevím. 9 respondentek (28 %) uvedlo, že se porod odehrál v porodnici bez certifikátu BFHI a pouze 6 respondentek (19 %) uvedlo, že rodilo v porodnici s BFHI certifikátem.

10. Za jak dlouho po porodu bylo miminko poprvé přiloženo k prsu?



Graf 13 První přiložení miminka k prsu po porodu

Graf 13 znázorňuje, za jak dlouho po porodu bylo miminko poprvé přiloženo k prsu. Možnost Do 30 minut po porodu zvolilo 24 respondentek (75 %) a možnost Déle než 30 minut po porodu zvolilo 8 respondentek (25 %).

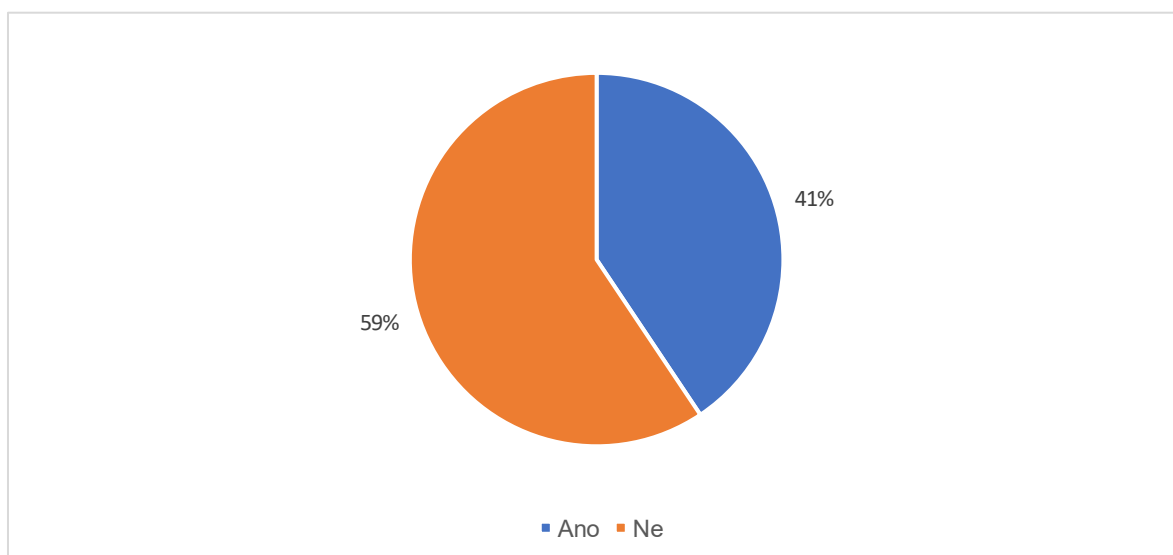
11. Byl v porodnici praktikován rooming-in?



Graf 14 Rooming-in

21 respondentek (66 %) uvedlo, že rooming-in byl praktikován od začátku. 5 respondentek (16 %) uvedlo, že rooming-in byl praktikován, ale byl omezený ze zdravotní indikace matky. Rooming-in s omezením z důvodu fototerapie dítěte proběhl u 3 respondentek (9 %). U 2 respondentek (6 %) neumožňoval rooming-in zdravotní stav matky. 1 respondentka (3 %) uvedla, že rooming-in probíhal s omezením z důvodu gestačního diabetu. Odpověď, že by rooming-in neumožňovala porodnice, nevedla žádná z respondentek.

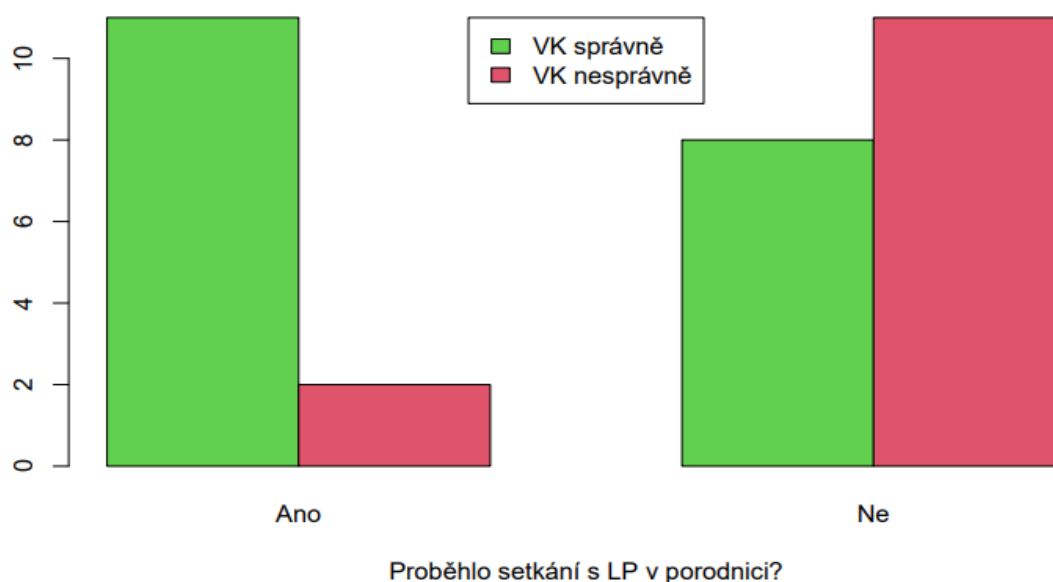
12. Navštívil Vás v porodnici laktační poradce?



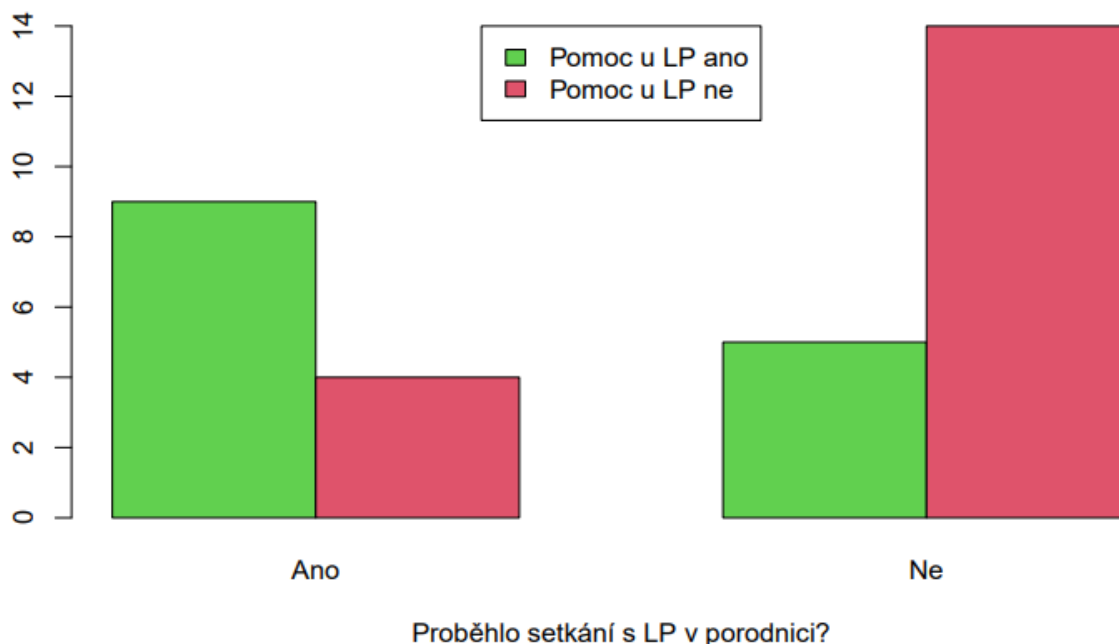
Graf 15 Návštěva laktačního poradce v porodnici

Jak vyplývá z Grafu 15, laktační poradce v porodnici navštívil 13 respondentek (41 %) a nenavštívil 19 respondentek (59 %).

Položila jsem si 2 výzkumné otázky „*Má konzultace s LP v porodnici významný vliv na udržení doporučené délky výlučného kojení (4-6 měsíců) v porovnání s matkami, které LP v porodnici nenavštívil?*“ a „*Vyhledávají kojící matky, které v porodnici navštívily laktační poradce, při obtížích s kojením častěji pomoc opět u laktačního poradce?*“. Stanovila jsem si nulové hypotézy, že návštěva laktačního poradce v porodnici a udržení doporučené délky jsou na sobě nezávislé, a také že návštěva laktačního poradce v porodnici a konzultace s laktačním poradcem při obtížích s kojením jsou na sobě nezávislé.



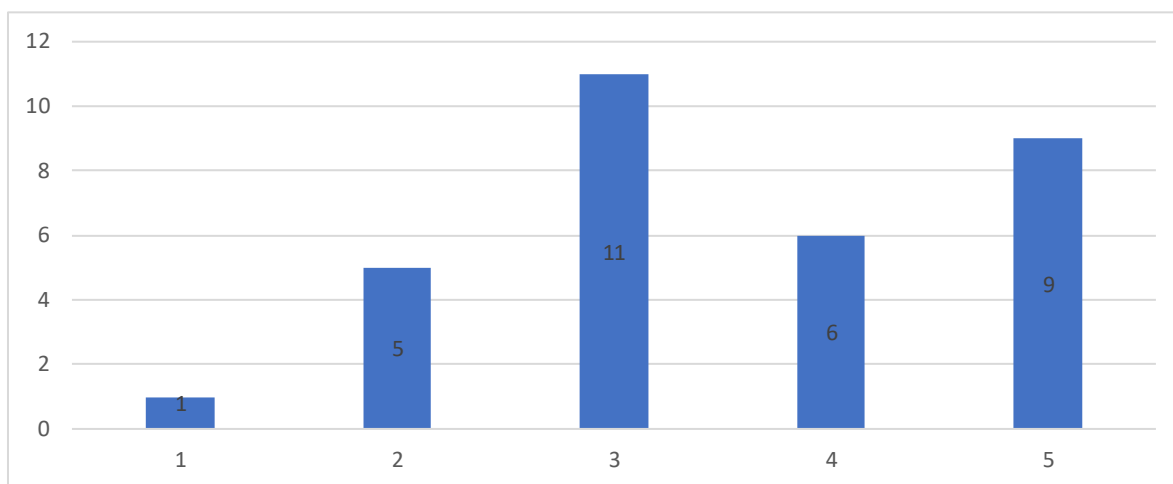
Graf 16 Edukace LP v porodnici a dodržení doporučené délky výlučného kojení



Graf 17 Edukace LP v porodnici a jeho pomoc při pozdějších obtížích s kojením

Jak vyplývá z Grafu 17, 14 respondentek (77.8 %), které nevyhledaly při obtížích pomoc u laktačního poradce, se s ním také ani v porodnici dříve nesetkaly a 9 respondentek (64,3 %), které se při obtížích s kojením obrátily na laktačního poradce, se s ním v porodnici setkaly. Respondentky, které v porodnici navštívil laktační poradce, skutečně *se statistickou významností* (jak potvrdil statistický chí-kvadrát test na hladině významnosti $\alpha = 0.05$, p-value = 0.04129) častěji vyhledají při obtížích pomoc opět u laktačního poradce. Zároveň existuje pozitivní závislost mezi konzultací s laktačním poradcem a dodržením doporučené délky výlučného kojení, opět se *statisticky významnou hladinou* (jak potvrdil statistický chí-kvadrát test na hladině významnosti $\alpha = 0.05$, p-value = 0.04152). Jak je vidět na Grafu 16, jen 2 respondentky (15.4 %), které se s laktačním poradcem v porodnici sešly, poté nedodržely doporučenou délku výlučného kojení oproti 11 (84,6 %), které tuto dobu po konzultaci dodržely. Na obě výzkumné otázky tedy lze odpovědět ANO.

13. Jak moc Vás v kojení podporoval personál porodnice? (1 – nemotivoval, 5 – velmi motivoval)



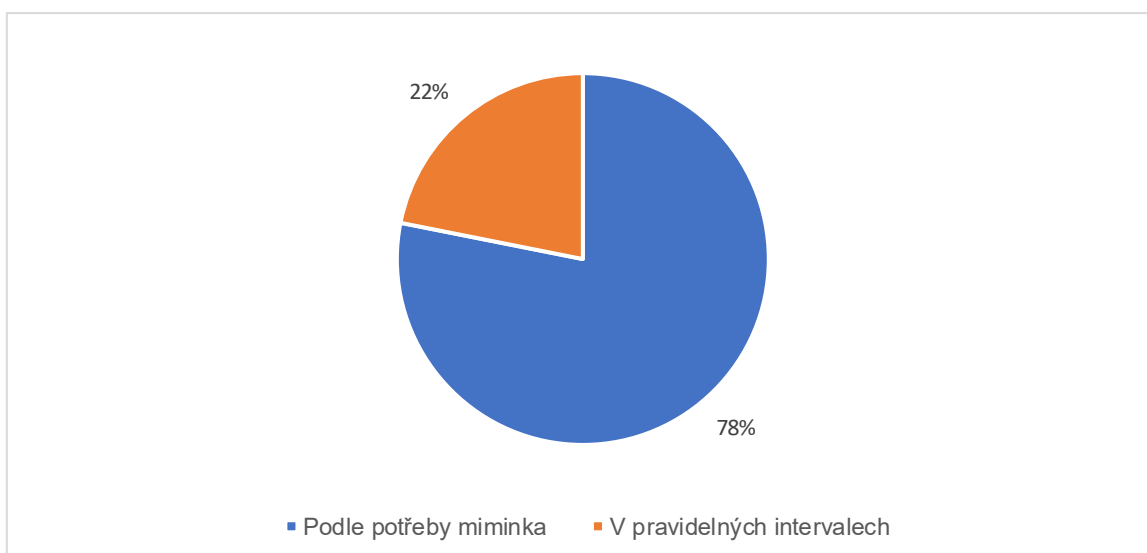
Graf 18 Podpora od personálu porodnice

Odpovědi na otázku č. 13 respondentky uvedly na Likertově škále. 1 respondentka necítila podporu od personálu porodnice a uvedla odpověď 1 - nemotivoval (3 %) 5 respondentek (16 %) uvedlo odpověď 2, 11 (34 %) respondentek odpověď 3, 6 respondentek (19 %) uvedlo odpověď 4 a 9 respondentek (28 %) uvedlo odpověď 5 (velmi motivoval).

Dále mě zajímalo, zdali v porodnicích s certifikátem BFHI docházelo k včasnému přiložení dítěte k prsu (do 30 minut po porodu), k plnému rooming-inu od začátku pobytu, ke kojení miminka podle potřeby a k návštěvě laktačního poradce významně častěji, než v porodnicích bez BFHI certifikátu a také zdali děti rozené v porodnicích s BFHI certifikátem jsou významně častěji výlučně kojeny po doporučenou dobu 4-6 měsíců, než je tomu u dětí, narozených v porodnicích bez tohoto certifikátu.

Bohužel, kvůli velkému počtu odpovědí NEVÍM a malému počtu ANO/NE odpovědí u otázky č. 9 se nedá použít statistický test, takže došlo pouze k vizuálnímu a tabulkovému porovnání. U otázek týkajících se včasného přiložení k prsu, rooming-inu, praktikování kojení dle potřeb dítěte a správné doby výlučného kojení nebyl mezi porodnicemi s BFH označením a bez něj zásadní rozdíl. Pouze u otázky týkajících se závislosti návštěvy laktačního poradce u kojící matky v závislosti na BFHI certifikaci porodnice má smysl se domnívat, že by mohla existovat určitá forma korelace. To by však vyžadovalo další zkoumání na větším vzorku pozorování.

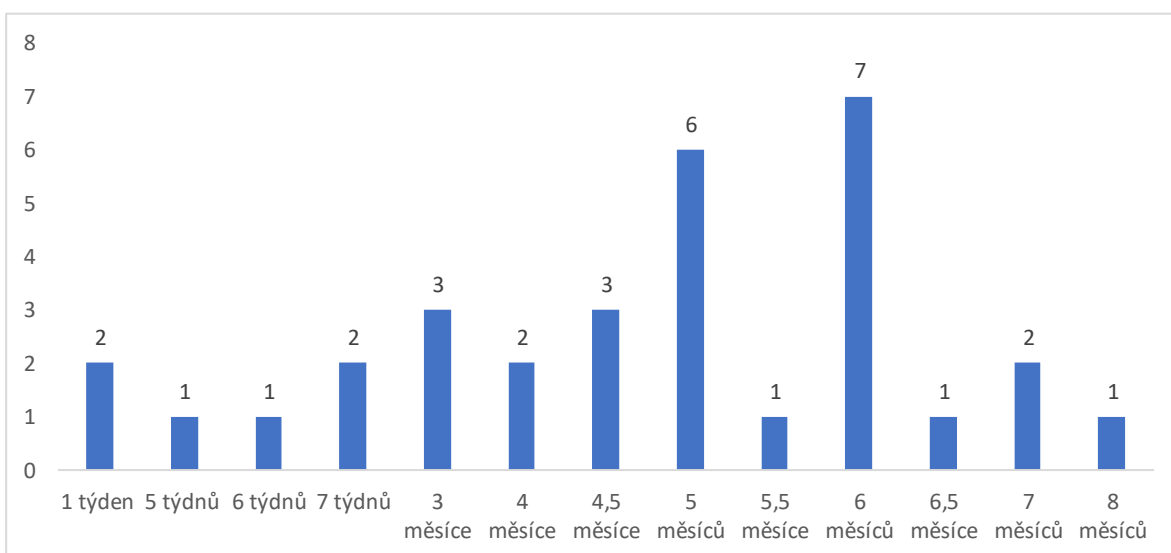
14. Jak často jste kojila/kojíte?



Graf 19 Frekvence kojení

Většina respondentek (25, 78 %) kojila své miminko podle jeho potřeby. 7 respondentek (22 %) kojilo v pravidelných intervalech.

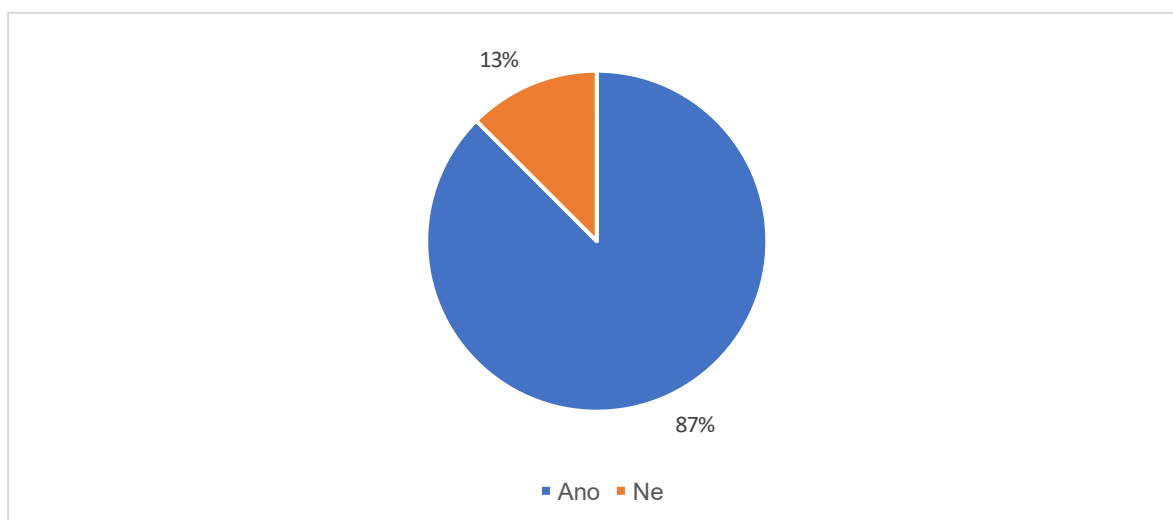
15. Jak dlouho jste své miminko výlučně kojila nebo krmila odstříkaným mateřským mlékem?



Graf 20 Délka výlučného kojení

Z celkového počtu 32 respondentek dodrželo doporučenou délku výlučného kojení po dobu 4-6 měsíců celkem 19 respondentek (59 %). 9 respondentek (28 %) výlučně kojilo kratší než doporučenou dobu a 4 respondentky (13 %) výlučně kojily déle než doporučenou dobu – 2 z důvodu odmítání příkrmu či dokrmu dítětem a 2 z obavy rozvoje potravinové alergie či intolerance.

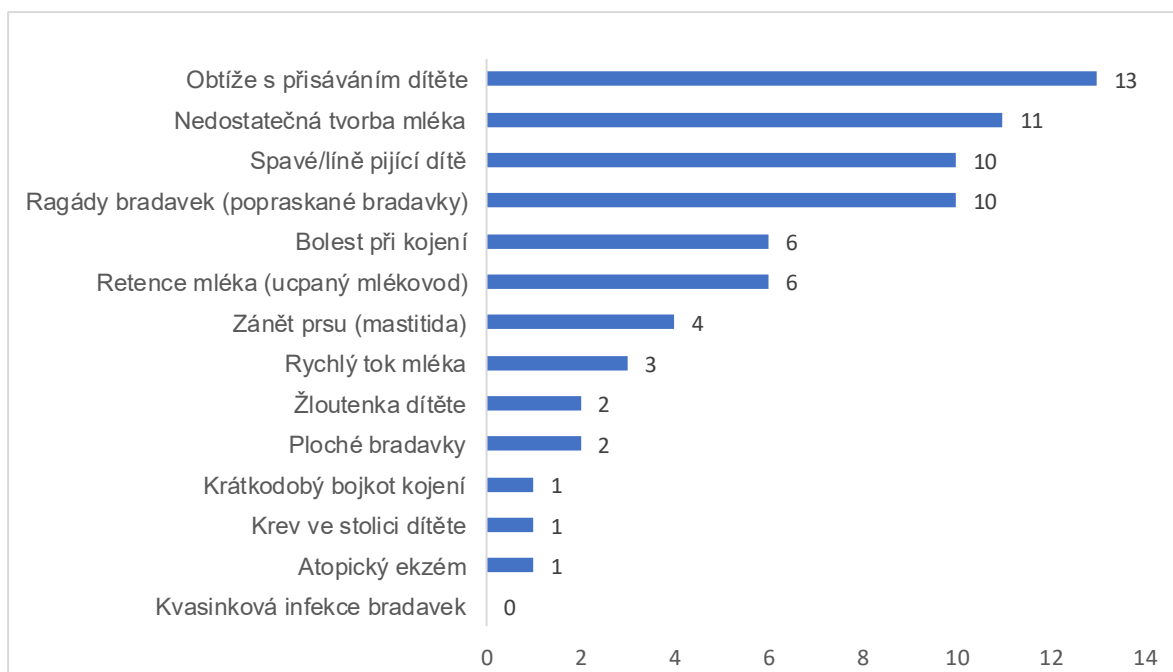
16. Vyskytly se u Vás během kojení nějaké obtíže?



Graf 21 Výskyt obtíží během kojení

Během kojení se vyskytly obtíže u 28 respondentek (87 %). Naopak u 4 respondentek (13 %) se žádné obtíže nevyskytly.

17. Pokud se u Vás během kojení vyskytly obtíže, zaškrtněte prosím všechny, které se u Vás vyskytly.

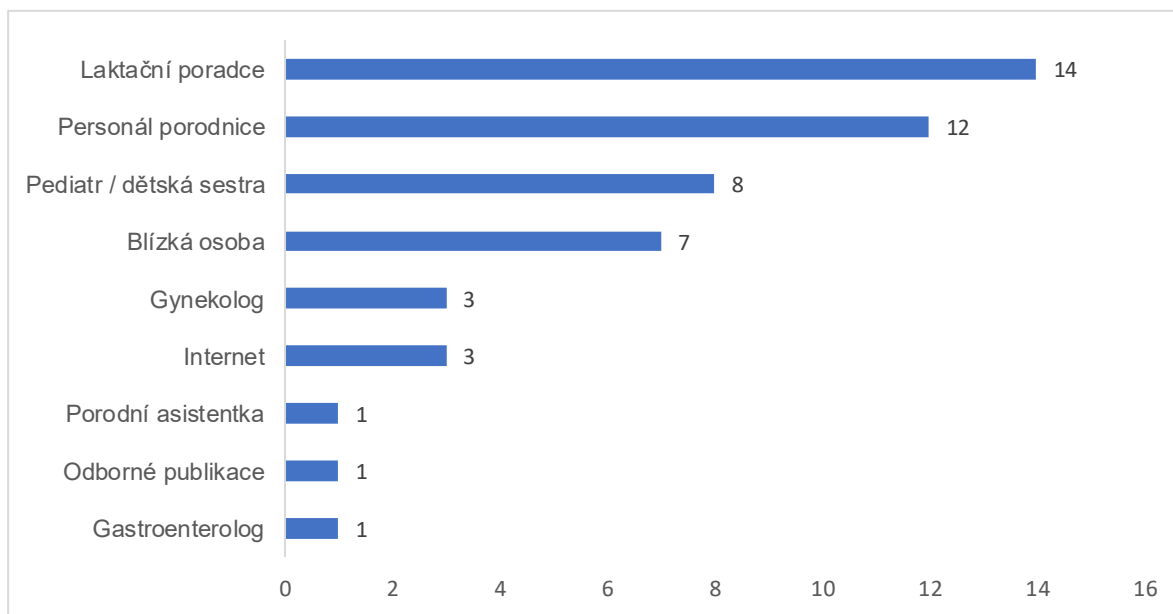


Graf 22 Nejčastější obtíže při kojení

Na otázku č. 19 odpovědělo 28 respondentek. Graf 22 ukazuje, jaké obtíže respondentky při kojení nejčastěji potkaly. Nejčastěji se objevovaly obtíže s přisáváním dítěte, které označilo 13 respondentek (46 %). Následovala nedostatečná tvorba mléka, kterou označilo 11 respondentek (39 %), v těsném závěsu bylo spavé/líně pijící dítě a ragády bradavek, které shodně označilo 10 respondentek (36 %). Bolest při kojení a retenci mléka označilo 6 respondentek (21 % oboje). Mastitida se objevila u 4 respondentek (14

%). Rychlý tok mléka pozorovaly 3 respondentky (11 %). Nejméně označovanými odpověďmi byly žloutenka dítěte (2 respondentky, 7 %), ploché bradavky (2 respondentky, 7 %), krátkodobý bojkot kojení (1 respondentka 4 %), krev ve stolici dítěte (1 respondentka, 4 %) a atopický ekzém (1 respondentka, 4 %). Kvasinková infekce bradavek se neobjevila u žádné z dotázaných.

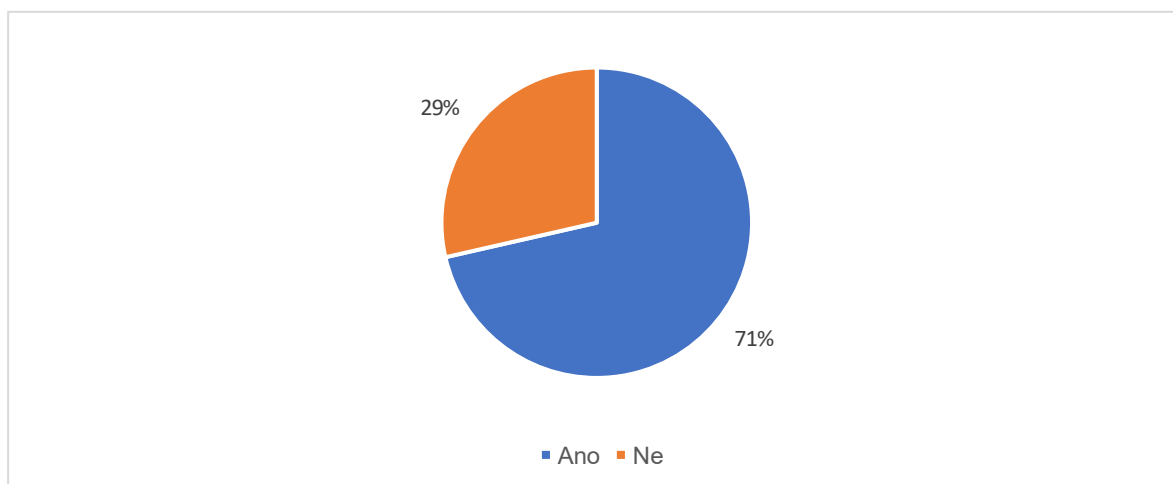
18. Na koho jste se v případě obtíží s kojením obrátila nebo odkud jste čerpala informace?



Graf 23 Na koho se kojící matky obrací při obtížích s kojením

Na otázku č. 18 odpovědělo 28 respondentek. Respondentky mohly označit více odpovědí. Jak vyplývá z Grafu 23, nejvíce respondentek (14, 50 %) se při řešení obtíží obrátilo na laktičního poradce. Následoval personál porodnice s 12 respondentkami (43 %), pediatr/dětská sestra s 8 respondentkami (29 %) a blízká osoba se 7 respondentkami (25 %). Na gynekologa či internet se obrátily shodně 3 respondentky (11 %). Na porodní asistentku, odborné publikace či gastroenterologa se obrátila vždy 1 respondentka (4 % každý).

19. Pomohla Vám odborná pomoc překonat obtíže s kojením nebo udržením dostatečné laktace?

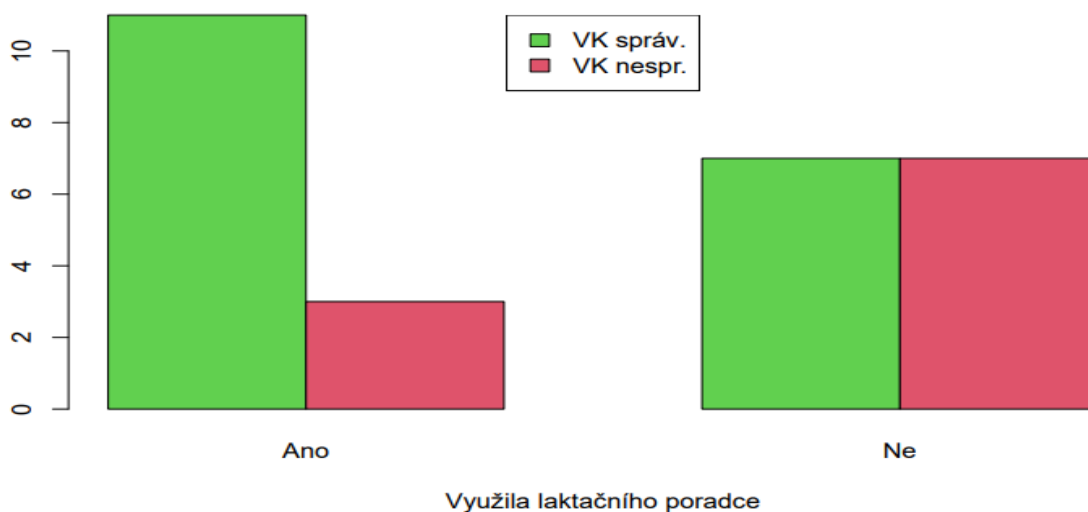


Graf 24 Úspěšnost odborné pomoci s překonáním obtíží

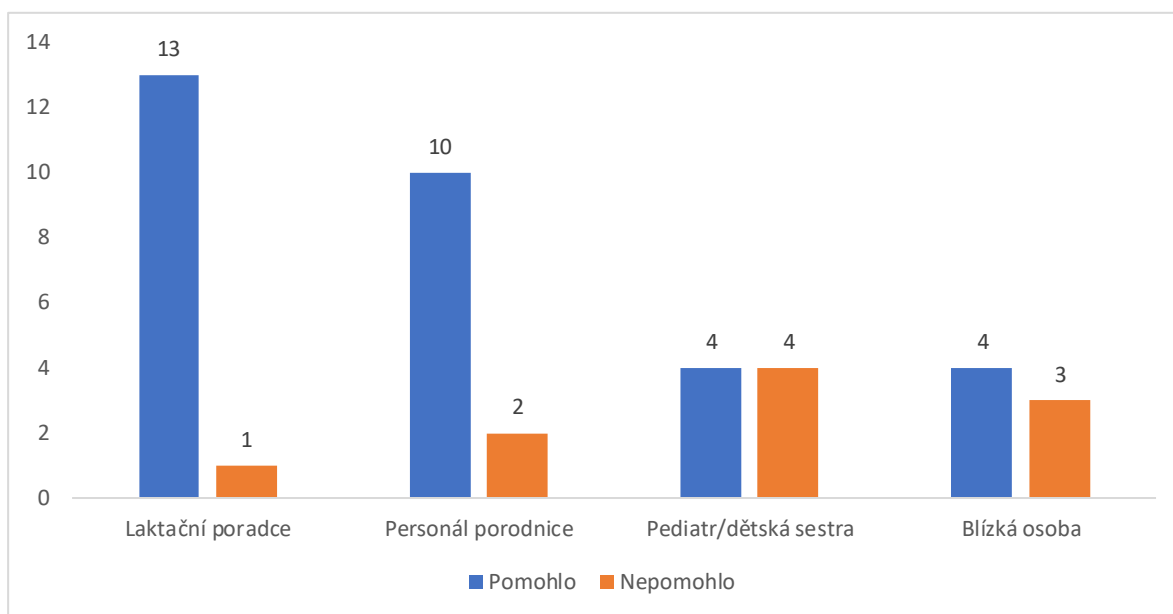
Na otázku č. 19 odpovědělo 28 respondentek. 20 respondentek (71 %) uvedlo, že jim odborná pomoc při obtížích s kojením pomohla obtíže překonat či udržet dostatečnou laktaci. U 8 respondentek (29 %) se tak nestalo.

Stanovila jsem si výzkumnou otázku „Liší se úspěšnost jednotlivých profesí v řešení obtíží spojených s kojením (udržení doporučené délky výlučného kojení)?“ Profese gastroenterolog, porodní asistentka, gynekolog a internetové zdroje byly pozorovány pouze 1 až 3krát, což je velmi malý počet pozorování, a proto byly z hodnocení vynechány. K získání informací byl využit statistický chí-kvadrát test a také vizualizace na grafech. Tyto dvě metody jsou v tomto případě ne příliš efektivní. Pro sofistikovanější metody (multilevelové modely, vícenásobná regrese apod.) by však bylo potřeba více pozorování v jednotlivých skupinách.

Laktační poradce a správná doba VK



Graf 25 Pomoc laktačního poradce a dodržení doporučené délky výlučného kojení

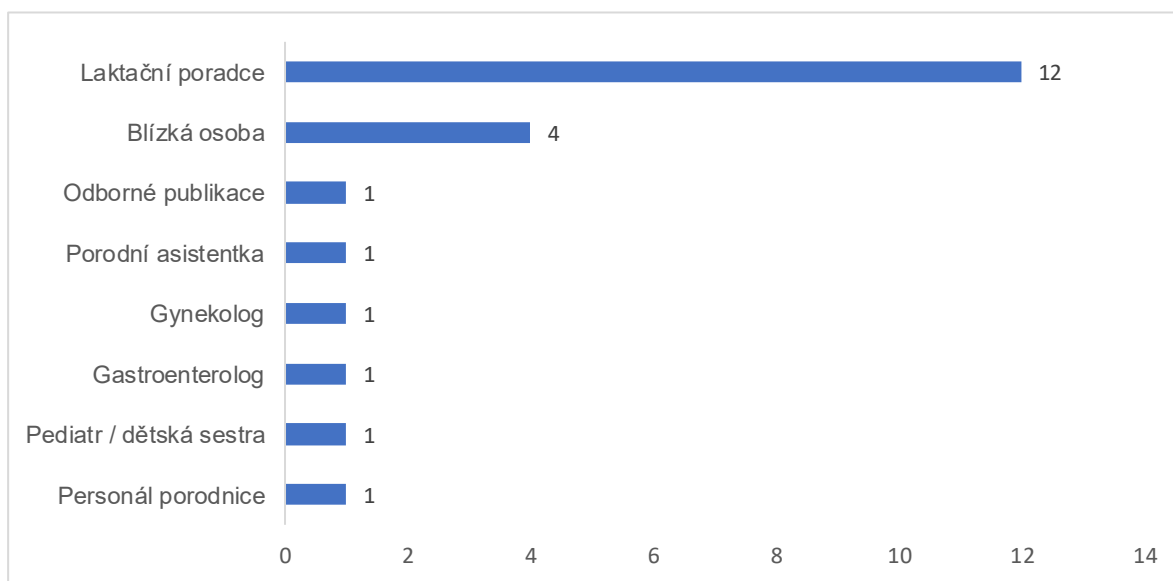


Graf 26 Pociť úspěšnosti odborné pomoci

Jak ukazuje Graf 26, 14 respondentek (50 %) vyhledalo pomoc u laktičního poradce, z toho 13 respondentek (92,9 %) uvedlo, že jim odborná pomoc pomohla a 1 respondentka (7,1 %) uvedla, že nikoliv. 12 respondentek (43 %) vyhledalo pomoc u personálu porodnice, z toho 10 respondentkám (83,3 %) odborná pomoc pomohla a 2 (16,7 %) nepomohla. Pediatra/dětskou sestru vyhledalo 8 respondentek (29 %), z toho 4 (50 %) uvedly, že jim odborná pomoc pomohla a 4 (50 %) nikoliv. Z respondentek, které se obrátily na blízkou osobu (7,25 %), 4 uvedly (57,1 %), že jim odborná pomoc pomohla a 3 (42,9 %) nikoliv.

Vzhledem k malým počtům pozorování v jednotlivých skupinách u jednotlivých profesí se nedá se statistickou významností korektně stanovit vztah mezi profesemi a jejich úspěšností v řešení obtíží. Při vizualizaci na grafech se nezdá být viditelný žádný trend pro jednotlivé typy profesí (příp. blízkou osobu) a jejich vliv na úspěšnost při řešení obtíží a/nebo na doporučenou dobu výlučného kojení. Pouze u laktičního poradce je zřejmá *pozitivní korelace* mezi vyhledáním pomoci u laktičního poradce a dodržení délky doporučené délky výlučného kojení (což chí-kvadrát test na hladině $\alpha = 0.05$ nepotvrdil, p-value = 0.2367) a také mezi ním a subjektivním pocitem užitečnosti této odborné pomoci (což chí-kvadrát test na hladině významnosti $\alpha = 0.05$ potvrdil, p-value = 0.03647). Statistické testy je zde nutné brát s rezervou kvůli malému počtu pozorování. Nezdá se, že by kromě laktičního poradce existovala nějaká silnější závislost správné doby kojení a/nebo subjektivního pocitu užitečnosti pomoci při obtížích na jednotlivých profesích, u kterých ženy pomoc vyhledaly. Nicméně výsledky nejsou příliš průkazné.

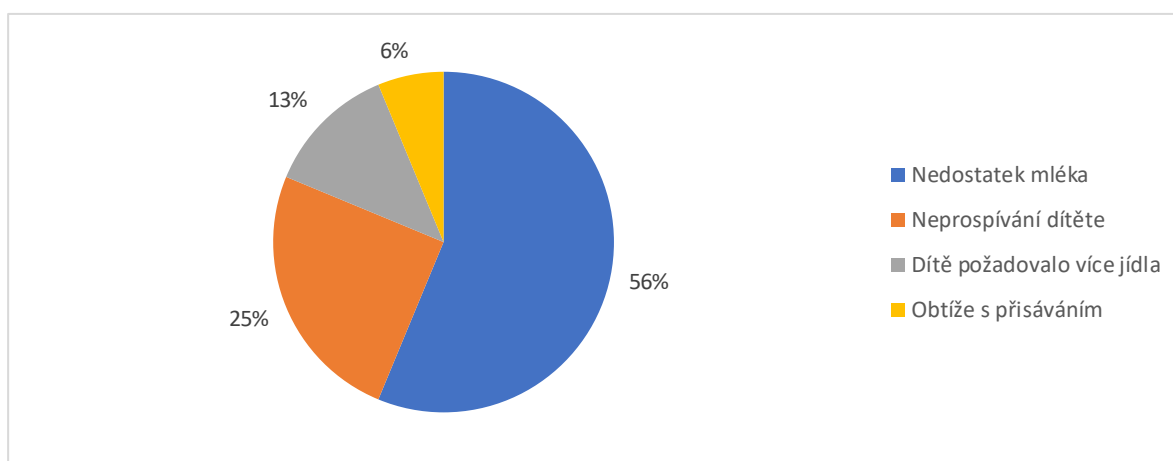
20. V případě, že Vám odborná pomoc pomohla překonat obtíže, uveďte, prosím, který z odborných zdrojů byl rozhodující pro udržení výlučného kojení?



Graf 27 Rozhodující zdroj pro udržení výlučného kojení

Na otázku č. 20 odpovědělo 20 respondentek. Nejvíce respondentek, a to 12 (60 %), považuje za rozhodující zdroj pro překonání obtíží a udržení laktace laktačního poradce. 4 respondentky (20 %) označily blízkou osobu. Odborné publikace, porodní asistentku, gynekologa, gastroenterologa, pediatra/dětskou sestru a personál porodnice označila vždy 1 respondentka (vždy 5 %).

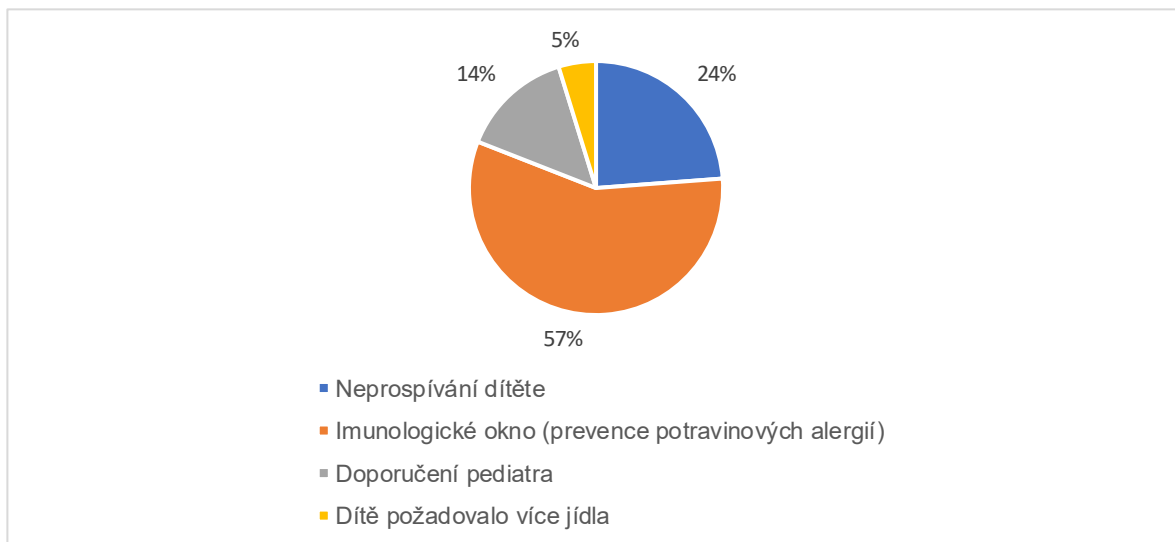
21. Pokud jste zavedli dokrm před ukončeným 4.-6. měsícem, uveďte, prosím, hlavní důvod.



Graf 28 Důvod pro zavedení dokrmu před ukončeným 4. - 6. měsícem

Na otázku č. 21 odpovědělo celkem 14 respondentek. Jak vyplývá z Grafu 28, nejčastějším důvodem pro zavedení dokrmu byl nedostatek mléka, který uvedlo 9 respondentek (56 %). Neprospívání dítěte byl důvod u 4 respondentek (25 %), dítě požadovalo více jídla u 2 respondentek (13 %) a obtíže s přisáváním u 1 z respondentek (6 %).

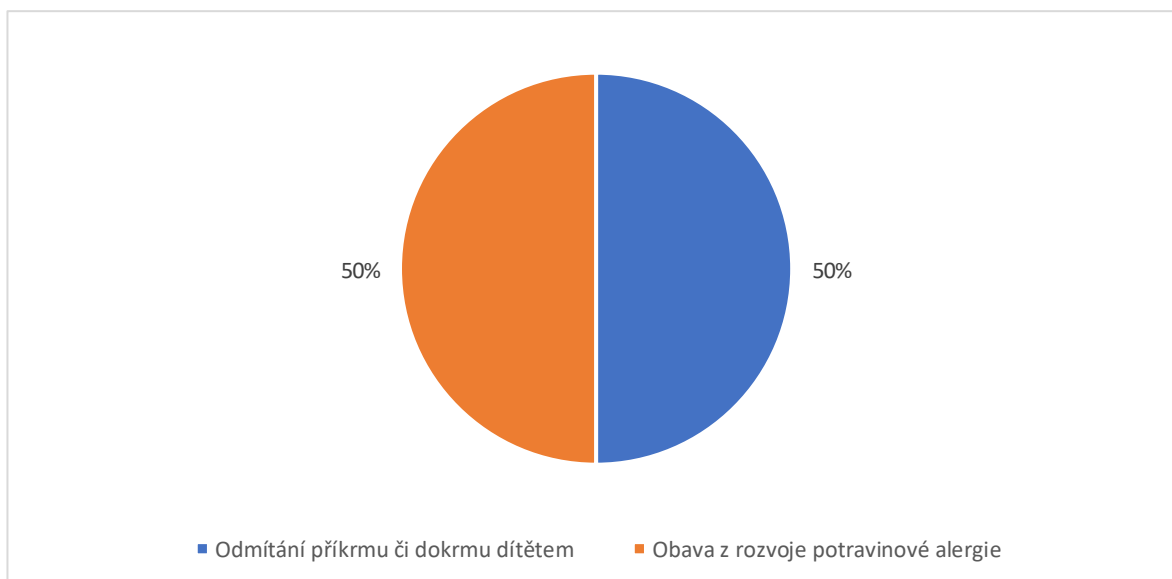
22. Pokud jste zavedli příkrm před ukončeným 6. měsícem, uveďte, prosím, hlavní důvod.



Graf 29 Důvod pro zavedení příkrmu před ukončeným 6. měsícem

Na otázku č. 22 odpovědělo celkem 21 respondentek. Většina z nich (12, 57 %) uvedla jako hlavní důvod pro zavedení příkrmu před ukončeným 6. měsícem imunologické okno. Následovalo neprospívání, které uvedlo 5 respondentek (24 %) a doporučení pediatra, které uvedly 3 respondentky (14 %). 1 respondentka (5 %) uvedla jako hlavní důvod, že dítě požadovalo více jídla.

23. Pokud jste zavedli dokrm či příkrm později, než po ukončení 6. měsíce, zaškrtněte, prosím, hlavní důvod.



Graf 30 Důvod pro zavedení příkrmu či dokrmu po ukončeném 6. měsíci

Na otázku č. 23 odpověděly 4 respondentky. 2 respondentky (tj. 50 %) uvedly jako hlavní důvod k pozdějšímu zavedení dokrmu odmítání příkrmu či dokrmu dítětem a 2 respondentky (tj. 50 %) uvedly obavu z rozvoje potravinové alergie.

24. Pokud máte ohledně Vašeho kojení, laktace, zavádění příkrmů či souvisejících okolností informace, které byste nám chtěla sdělit, prosíme, uveďte:

Možnosti uvést související informace využilo 6 respondentek. Tato data však nebyla pro zhotovení výsledků a následnou diskuzi nijak klíčová. Byly zde například odkazy na užitečné webové stránky.

3.3 Diskuze

Celkový počet vyplněných dotazníků byl 35 a zpracováno bylo 32 z nich. Bohužel se mi nevrátilo více vyplněných dotazníků (předpoklad byl alespoň 40), což může být způsobeno intimností tématu a otázek v dotazníku a následnou neochotou dotazník vyplnit. Dotazník nebyl příliš dlouhý (24 otázek), ale i přesto mohla někomu vadit jeho délka. Dobrovolnost vyplnění dotazníku mohla výsledky taktéž ovlivnit. Menší výzkumný soubor respondentek považuji za limitaci výzkumu, protože některé statistické testy nebylo možné provést nebo jejich výsledek nebyl korektní. Další limitací je, že výzkum probíhal pouze ve 2 ambulancích na území hlavního města Prahy a ve 2 v okrese Praha-východ. Výsledky jsou ovlivněné lokalitou a nemusí tak odrážet celorepublikový průměr.

Sociodemografické otázky

V dotazníku byly sociodemografické informace zjišťovány pomocí otázek na věk matek a jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Průměrný věk respondentek byl 30,7 let. Nejčastěji ženy uváděly věk 27 a 36 let. Z toho je patrné, že se hranice věku, kdy si ženy pořízují první dítě, stále posunuje. Pro porovnání, dle dat z Veřejné databáze Českého statistického úřadu (ČSÚ) za rok 2020 byl průměrný věk prvorodiček v Praze 31,4 let a ve Středočeském kraji 29,4 let. To ukazuje, že respondentky se věkově pohybují okolo těchto průměrů (oproti Praze mírně nižší, oproti Středočeskému kraji mírně vyšší). V dotazníku otázka směřovala na aktuální věk matek, matky věk udávaly v celých letech. Vzhledem k tomu, že byl dotazník určen pro matky kojenců mezi ukončeným 6. a 12. měsícem věku, se aktuální věk matek v letech nemusí shodovat s věkem v letech v době porodu.

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, nejvíce respondentek, a to 59 %, uvedlo vzdělání vysokoškolské. Dále 13 % uvedlo vyšší odborné, 15,6 % střední s maturitní zkouškou, 6 % střední bez maturitní zkoušky, 3 % základní a 3 % doktorské. Data ČSÚ ze Sčítání 2021 ukazují, že v roce 2021 bylo v České republice z žen ve věku nad 15 let vysokoškolsky vzdělaných 18,2 %, se středním vzděláním s maturitní zkouškou nebo s vyšším odborným vzděláním 35,6 %, se středním vzděláním bez maturitní zkoušky 26,2 % a se základní vzděláním včetně neukončeného 14,7 % (ČSÚ, 2022). Můj výzkumný soubor se tudíž neshoduje se vzdělanostní strukturou České republiky. Vysoký podíl vysokoškolsky vzdělaných respondentek v mém souboru může být daný tím, že tyto respondentky mohly mít větší pochopení pro potřebu pomoci studentce s výzkumem, a také tím, že podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí je na území Prahy nejvyšší (35,9 %).

Informovanost žen o doporučené délce výlučného kojení a jeho výhodách

93,8 % dotázaných žen (až na 2 respondentky, které nebyly rozhodnuté) bylo před porodem motivováno kojít. Podobně vysoký podíl žen, které byly před porodem rozhodnuty kojít (97 % z 5531 respondentek) ukázal i španělský výzkum z let 2013-2018 (Ballesta-Castillejos et al., 2020). Nižší podíl českých matek rozhodnutých pro kojení může být dán velikostní limitací našeho souboru.

Výlučně kojít dle doporučení ESPGHAN, což je 4 až 6 měsíců, plánovalo 65 % respondentek. Více než 6 měsíců plánovalo výlučně kojít 29 %, a 3 až 4 měsíce 6 %. Podíl

65 % dotázaných žen, které jsou správně informované o doporučené délce výlučného kojení, není dle mého názoru uspokojivý, ale je nutno vzít v úvahu malou velikost souboru. Hladká (2021) ve své bakalářské práci uvádí správnou informovanost o délce výlučného kojení u 95,8 % dotázaných žen. Po doporučenou a nejvíce označovanou dobu ve skutečnosti výlučně kojilo 59 %. To by mohlo podporovat hypotézu „Matky ukončují výlučné kojení předčasně nikoli pro nedostatek motivace ke kojení, ale kvůli potížím s kojením, které se jim nepodařilo překonat“. Nicméně vzhledem k omezené velikosti souboru nelze vyvodit jednoznačné závěry. Ženy, které byly před porodem s doporučenou délkou výlučného kojení seznámeny a po tu dobu výlučně kojit chtěly, statisticky významně častěji dodržely doporučenou délku výlučného kojení (4-6 měsíců) než ženy, které plánovaly kojit jinak dlouho.

Předčasně výlučné kojení ukončilo 28 % respondentek a 4 respondentky (13 %) výlučně kojily déle než 6 měsíců. Z toho 2 ženy chtěly včas zahájit podávání příkrmů, ale z důvodu odmítání příkrmů dítětem se jim to nepodařilo. 2 ženy výlučně kojily po delší než doporučenou dobu z důvodu obavy z rozvoje potravinové alergie. K oddalování ale není důvod, naopak dle doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy (2014) zavedení příkrmu po ukončeném 6. měsíci může vést k vyšší imunologické přecitlivělosti a výskytu dalších zdravotních komplikací. Celkem 57 % respondentek zavedlo příkrm ještě před ukončením 6. měsíce dítěte kvůli prevenci potravinových alergií (imunologické okno). To potvrzuje, že teorie imunologického okna je u matek rozšířená. Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy (2014) doporučuje výlučné kojení po dobu 6 měsíců a připouští zavádění příkrmu (např. z důvodu neprospívání) mezi ukončeným 4.-6. měsícem, protože s sebou nenese žádná významná zdravotní rizika. 24 % respondentek pak zavedlo příkrm z důvodu neprospívání dítěte, 14 % z důvodu doporučení pediatra a 5 % ho zavedlo, protože dítě požadovalo více jídla.

Mezi hlavní faktory v rozhodování matek o kojení dominovaly výhody složení mateřského mléka oproti formuli, posilování imunity dítěte, vliv kojení na psychiku a vztah matky a dítěte a ochrana před některými onemocněními u dítěte. Všechny tyto odpovědi označila nadpoloviční většina respondentek, což hodnotím kladně. Překvapivě, ochranu před některými onemocněními matky (onkologické onemocnění prsu, osteoporóza atd.) uvedlo pouze 19 % matek. Je patrné, že si tohoto benefitu není mnoho žen vědomo a mohl by být více propagován např. v gynekologických ambulancích a poradnách. Na otázku č. 6 jsem získala pouze dvě odpovědi, a to, že se ženy, které nebyly před porodem rozhodnuté kojit, nejčastěji obávaly nezvládnutí techniky a časové náročnosti kojení nebo vlivu kojení na vzhled prsu. Vzhledem k nízkému počtu odpovědí z toho ale nelze vyvodit žádný závěr.

Nejčastějším zdrojem informací o kojení před porodem byly bezpochyby internet a sociální sítě, které jako jeden ze zdrojů označilo 53 % respondentek. Vzhledem k nevyrovnané úrovni odbornosti jednotlivých webových stránek je velmi složité se zde orientovat a vybírat si fakticky správné informace. Pro bližší posouzení relevance informací by bylo nutno položit v dotazníku otázku na konkrétní internetový zdroj, kde matky informace čerpaly. Jedním z nejméně uváděných zdrojů byly předporodní kurzy (18

% respondentek), ovšem výsledky statistického chí-kvadrát testu ukázaly, že existuje signifikantní vztah mezi informovaností z předporodních kurzů a dodržením doporučené délky výlučného kojení. Bylo by proto vhodné podporovat zařazení informací o kojení jako nedílné součásti předporodních kurzů a zvyšovat dostupnost těchto kurzů, protože, jak vyplývá z výzkumu, informace zde získané mohou hrát důležitou roli v udržení doporučené délky výlučného kojení. Významný vliv ostatních informačních zdrojů na dodržení doporučené délky výlučného kojení se sice nepotvrdil, ale bylo by vhodné provést další výzkumy, které by na toto téma mohly poskytnout více dat. Respondentky zároveň uváděly více zdrojů zároveň, a ne pouze jeden hlavní zdroj. Není tedy jasné, který byl pro ně nejdůležitější a měl největší vliv na délku výlučného kojení. Bylo by možné otázku upřesnit a zjistit, jaký z informačních zdrojů byl pro těhotné ženy ten hlavní. Zajímavé je, že gynekologa neoznačila žádná z respondentek jako zdroj informací o kojení, přestože prohlídka prsů a následná edukace může být dle Černé a Kollárové (2015) pro budoucí kojení klíčová například u matek s plochými a vpáčenými bradavkami (doporučení formovačů bradavek). Vzhledem k tomu, že prohlídku v gynekologické ambulanci po ukončení šestinedělí by měla absolvovat každá žena, byla by možnost konzultovat zde případné otázky či problémy, týkající se kojení (ať už s lékařem či sestrou) jistě velmi přínosná.

Většina respondentek (56 %) uvedla, že před porodem neměla žádné informace o možných obtížích spojených s kojením, přičemž informovanost o obtížích koreluje alespoň slabě pozitivně s tím, že žena poté výlučně kojila po doporučenou dobu. Nelze ovšem potvrdit (z důvodu nedostatku dat při malé velikosti souboru), že informovanost o obtížích během kojení před porodem měla signifikantní vliv na udržení doporučené délky kojení. Tato závislost nebyla potvrzena statistickým testem. Neinformovanost žen může být dána tím, že respondentky považovaly kojení za přirozený proces a nechtěly se zbytečně předem stresovat možnými potížemi. Žádoucí by bylo, aby žena získala před porodem alespoň základní informace o možných obtížích (jak jim předejít a jak je řešit) například na výše uvedených předporodních kurzech.

Vliv BFHI porodnic na délku výlučného kojení

Na otázku č. 9, zda ženy rodily v BFHI porodnici, odpovědělo 53 % respondentek „nevím“. Vzhledem k tomu nebylo možné statisticky zhodnotit, nakolik má certifikace porodnice BFHI vliv na udržení doporučené délky výlučného kojení a překonání obtíží s kojením spojených. Vhodné by bylo otázku v případě volby odpovědi „nevím“ doplnit dotazem na porodnici, kde žena rodila. Pak bychom mohli zjistit přesný podíl žen, které rodily v porodnicích s BFHI certifikátem a bylo by možné objektivněji posoudit vliv certifikace. Větší propagace certifikace BFHI by certifikovaným porodnicím mohla přinést větší prestiž v očích budoucích rodičů. Vhodné by bylo i zvyšovat povědomí budoucích rodičů o výhodách BFHI porodnic (v předporodních kurzech, internetu, v odborných publikacích, časopisech pro matky apod.). Pozitivním zjištěním ale je, že ve všech porodnicích, v nichž dotazované ženy rodily, je normou plný rooming-in a ve většině porodnic dochází ke včasnému přiložení novorozence k prsu (75 %). Jediný trend, který statistické zhodnocení dat naznačilo, je, že by v BFHI porodnicích mohlo významně častěji

docházet k návštěvě laktačního poradce přímo v porodnici. Potvrzení této domněnky by však vyžadovalo další zkoumání na větším vzorku pozorování. Ženy, které v porodnici navštívil laktační poradce (41 % respondentek), statisticky významně častěji při případných obtížích spojených s kojením opět vyhledají pomoc u laktačního poradce. To ovšem nevylučuje, že pomoc vyhledají i jinde. Znamená to, že v dotazníku uvedly laktačního poradce jako jednu z možností. Ženy edukované laktačním poradcem v porodnici statisticky významně častěji dodrží doporučenou délku výlučného kojení oproti ženám, které v porodnici laktační poradce nenavštívil. Tyto výsledky podporují domněnku, že by bylo vhodné, aby laktační poradce byl k dispozici v každé porodnici (nejen v BFHI), poskytl matkám podporu a naučil je správné technice kojení. Tím lze předejít budoucím obtížím (např. ragádám bradavek).

Podíl kojících matek, které potřebují odbornou pomoc a nejčastější obtíže

U většiny respondentek (87 %) se během výlučného kojení vyskytly obtíže a potřebovaly získat odbornou pomoc. Nejčastější obtíží bylo obtížné přisávání dítěte (u 46 % respondentek). To mohlo být dáno nesprávnou technikou kojení, zejména chybným přiložením a technikou sání. Jak uvádí Kojeni.cz (2015), nesprávná technika může vést ke vzniku dalších obtíží (ragády bradavek, mastitida). Je vhodné, aby techniku kojení zkontroloval vyškolený odborník (laktační poradce, lékař) a vyloučil jiné zdravotní komplikace na straně dítěte (např. ankyloglosii). Následovala nedostatečná tvorba mléka (u 39 %). Obava z hypolaktace je ve většině případů zbytečná, protože tvorba mateřského mléka se reguluje poptávkou (čím více mléka dítě vypije či matka odsaje, tím více se ho tvoří). Naopak stres matky může laktaci snižovat. Kojí-li matka správnou technikou, často přikládá k prsu a dítě prospívá, není důvod k zařazení dokrmu. Zařazení dokrmu může vést k úplnému odstavení dítěte (Černá a Kollárová, 2015). Dále 36 % respondentek uvedlo ragády na bradavkách a spavé/líně pijící dítě. Tvorba ragád je spojena s nesprávnou technikou kojení, i zde je tedy důležitá správná informovanost a včasná odborná pomoc. Další obtíže byly ve vzorku méně časté.

Odborná pomoc při obtížích a významné prodloužení délky výlučného kojení

Když už se obtíže vyskytly, respondentky se nejčastěji obracely na laktačního poradce (50 %), dále na personál porodnice (43 %), na pediatra či dětskou sestru (29 %) a blízkou osobu (25 %). Zde se dokonce 11 % respondentek obrátilo na gynekologa (z důvodu mastitidy a předpisu antibiotik). Poměrně vysoký podíl matek, které své obtíže během kojení řešily s gynekologem, opět podporuje názor, že dostupnost odborné pomoci s kojením v gynekologické ambulanci by byla pro matky přínosná. V případě mastitidy je kromě posouzení stavu a předepsání antibiotické léčby vhodné matku i poučit, jakým způsobem upravit techniku kojení, aby nedošlo k opakování mastitidy, a podpořit ji v tom, aby v kojení pokračovala.

Odborná pomoc subjektivně pomohla překonat obtíže s kojením 71 % respondentek. Jako nejvíce rozhodující zdroj pro udržení výlučného kojení uvedlo 60 % respondentek laktačního poradce. Subjektivní úspěšnost pomoci od laktačního poradce uvedlo 92,9 % žen. Přesto, že statistický test nepotvrdil signifikantní vztah mezi pomocí

laktačního poradce a dodržení doporučené délky kojení (i přes znatelnou pozitivní korelaci), vztah mezi pomocí laktačního poradce a subjektivním pocitem užitečnosti této odborné pomoci ze strany matky statistickým testem potvrzen byl. Tyto testy je ale kvůli nízkému počtu pozorování v jednotlivých skupinách nutné brát s rezervou. Bohužel z dat nebylo možné korektně stanovit vliv ostatních odborných zdrojů na délku výlučného kojení, především kvůli nedostatečnému počtu pozorování v jednotlivých skupinách. Proto by bylo vhodné provést další výzkumy se zaměřením na tuto problematiku např. ve větším počtu ambulancí PLDD a v různých krajích České republiky. Zejména vliv laktačního poradenství na délku výlučného kojení by mohl být předmětem dalšího zkoumání na jiných datech. I tato získaná data ale zdůrazňují, že je laktační poradenství důležité a že by mělo být společně s informacemi o kojení a obtížích s ním spojených dostupné pro každou matku, a to nejen v době po porodu, ale již před ním.

3.4 Závěr

Primárním cílem bylo zjistit, zda odborná pomoc při obtížích během kojení významně prodlužuje délku výlučného kojení, s porovnáním přínosu jednotlivých odborných profesí. Odbornou pomoc s kojením potřebovalo během 6 měsíců po porodu 87 % žen. Subjektivní pocit úspěšnosti odborné pomoci mělo 71 % respondentek, u kterých se obtíže vyskytly, a 60 % z nich uvedlo jako rozhodující zdroj pro udržení laktace laktačního poradce. Z žen, které vyhledaly pomoc laktačního poradce, uvedlo 92,9 % subjektivní úspěšnost této pomoci. Bohužel se z dostupných dat nepodařilo korektně stanovit vliv ostatních odborných zdrojů kromě laktačního poradce při obtížích s kojením na dodržení doporučené délky výlučného kojení, především kvůli nedostatečnému počtu pozorování v jednotlivých skupinách. Pouze u laktačního poradce je znatelná pozitivní korelace mezi vyhledáním pomoci u něj a následným dodržením doporučené délky kojení, což ale nebylo potvrzeno statistickým testem. 41 % respondentek navštívilo laktačního poradce v porodnici, statistické testy prokázaly signifikantní vliv mezi návštěvou laktačního poradce u matky v porodnici a dodržením doporučené délky výlučného kojení. Odhodlání kojit uvedlo 94 % dotázaných žen, což odpovídá publikovaným datům. 65 % žen mělo správnou informaci o doporučené délce výlučného kojení, 59 % žen se podařilo doporučenou délku výlučného kojení dodržet. Pro statistické posouzení hypotézy „Edukace matky odborně vyškoleným zdravotnickým personálem při potížích s kojením pomůže významně prodloužit délku výlučného kojení“ a „Matky ukončují výlučné kojení předčasně nikoli pro nedostatek motivace ke kojení, ale kvůli potížím s kojením, které se jim nepodařilo překonat“ by bylo nutno získat větší soubor dat.

Sekundárními cíli bylo zjistit podíl kojících matek, které potřebují odbornou pomoc s kojením během prvních 6 měsíců věku dítěte, jaké jsou nejčastější obtíže vyskytující se během výlučného kojení a jaká je informovanost kojících matek o doporučené délce kojení a jeho výhodách. Z výsledků vyplývá, že významný podíl kojících žen (87 %) potřebuje v prvních 6 měsících po porodu odbornou pomoc. Nejčastějšími problémy byly obtíže s přisáváním dítěte (46 %) a nedostatečná tvorba mléka (39 %). Informovanost matek o doporučené délce výlučného kojení má pozitivní a statisticky významný vliv na udržení doporučené délky kojení.

Porovnat standardy v porodnicích s certifikací BFHI a bez ní nebylo možné kvůli neinformovanosti většiny matek (53 %) o certifikaci porodnice, z čehož vychází, že certifikace BFHI není porodnicemi příliš propagovaná a ani matky nevybírají příliš často porodnici podle úrovně podpory kojení.

Data, získaná v rámci výzkumu, ukazují, že odborné laktační poradenství a dobrá úroveň informovanosti matek mají významný vliv na udržení laktace a dodržení doporučené délky výlučného kojení.

4 Seznam použité literatury

ALLAM, Charlotte, et al. Too Much Milk and Oversupply. *LLLGB* [online]. Derby, 2021 [cit. 2021-11-11]. Dostupné z: <https://www.laleche.org.uk/too-much-milk-and-oversupply/>

AMITAY, Efrat L a Lital KEINAN-BOKER. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatrics* [online]. 2015, **169**(6) [cit. 2021-10-22]. Dostupné z: doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1025

BALLESTA-CASTILLEJOS Ana et al. Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal* [online]. 2020, **15**(97) [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5>

BERNSTEIN, Laurie et al. *Nutrition Management of Inherited Metabolic Diseases: Lessons from Metabolic University*. Cham: Springer International Publishing, 2015. ISBN 978-3-319-14620-1.

BĚLOHLÁVKOVÁ Simona. Alergie na bílkoviny kravského mléka – léčba. *Pediatric pro praxi*. [online]. 2019, 20(3): 196–198 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2019/03/14.pdf>

Breastfeeding with flat, inverted or pierced nipples. *Medela AG* [online]. 2022 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/flat-inverted-or-pierced-nipples>

CDC. Breastfeeding Report Card. *CDC* [online]. Atlanta, 2020 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>

Deset kroků k úspěšnému kojení. *Kojeni.cz* [online]. 2017 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/poradcum/10kroku/>

ESPGHAN. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2008 Jan; 46(1): 99–110. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18162844/>

ČERNÁ, Marcela a Jana KOLLÁROVÁ. *Laktační minimum pro pediatrii* [online]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015 [cit. 2021-11-07]. ISBN 978-80-87023-47-1. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2366-laktacni-minimum-pro-pediatrii.pdf>

Český statistický úřad. Veřejná databáze. *Český statistický úřad* [online]. Praha [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/>

Český statistický úřad. Sčítání 2021: Vzdělání. *ČSÚ* [online]. Praha, 2022 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/vzdelani>

ČIHÁK, Radomír et al. *Anatomie 3*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie* [online]. Praha: Karolinum, 2014. 118 s. [cit. 2021-11-07]. ISBN 978-80-246-26420. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/neonatologie-7021/>

DROR, Daphna K a Lindsay H ALLEN. Overview of Nutrients in Human Milk. *Advances in Nutrition* [online]. 2018, **9**(Suppl_1), 278-294 [cit. 2022-02-14]. ISSN 2156-5376. Dostupné z: [10.1093/advances/nmy022](https://doi.org/10.1093/advances/nmy022)

DUŠOVÁ, Bohdana et al. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing a.s., 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.

FUCHS, Martin. Potravinový alergický pochod. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, **12**(3), 188-193 [cit. 2021-11-14]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/ped-201103-0010_Potravinovy_alergicky_pochod.php

GIANNI, Maria Lorella, et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients* [online]. 2019, **11**(10), 2266 [cit. 2021-11-05]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: [doi:10.3390/nu11102266](https://doi.org/10.3390/nu11102266)

HLADKÁ, Kateřina. *Podpora laktace v časném šestinedělí*. Pardubice, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Poláčková.

HUANG, Li, et al. Delayed Lactogenesis Is Associated with Suboptimal Breastfeeding Practices: A Prospective Cohort Study. *The Journal of Nutrition* [online]. 2020, **150**(4), 894-900 [cit. 2022-02-22]. ISSN 1541-6100. Dostupné z: [doi: 10.1093/jn/nxz311](https://doi.org/10.1093/jn/nxz311)

CHOWDHURY, Ranadip et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* [online]. 2015, **104**(S467), 96-113 [cit. 2022-02-21]. ISSN 0803-5253. Dostupné z: [doi: 10.1111/apa.13102](https://doi.org/10.1111/apa.13102)

JAAFAR, Sharifah Halimah, Jacqueline J. HO a Kim Seng LEE. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2016, (8) [cit. 2021-11-21]. Dostupné z: [doi:10.1002/14651858.CD006641.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3)

JANEČKOVÁ, Daniela, Martina SUKOVÁ, Lucie ŠRÁMKOVÁ et al. Apatický kojeneček s těžkým deficitem vitamínu B₁₂. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, **17**(3), 173-176 [cit. 2022-04-05]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/10.pdf>

KARÁSKOVÁ, Eva. Umělá mléčná kojenecká výživa – současné doporučení. *Praktické lékařství* [online]. 2016, **12**(5), 186–189 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-201605-0007_Umela_mlecna_kojenecka_vyziva-soucasna_doporuceni.php

KENT Jacqueline C et al. Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* [online]. 2012, **41**(1), 114-121 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22150998/>

Kojeni.cz [online]. Copyright © 2022 [cit. 01.03.2022]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/>

KITTNAR, Otomar et al. *Lékařská fyziologie* [online]. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020 [cit. 2022-02-20]. ISBN 978-80-271-1431-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/lekarska-fyziologie-6172>

LANGEROVÁ WIESNEROVÁ, Jana. *Výživa novorozenců a kojenců do jednoho roku v České republice v letech 2002-2015: Vydáno za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2016 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/wp-content/uploads/2019/07/BRO%C5%BDURA.pdf>

LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén, 2012. 698 s. ISBN 978-80-7262-772-1.

MUSILOVÁ, Šarka a Vojtěch RADA. Vliv oligosacharidů mateřského mléka na střevní mikrobiotu kojenců. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2015, **16**(1), 17-19 [cit. 2021-10-13]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2015/01/03.pdf>

Národní komise pro kojení a Státní zdravotní ústav. Přínos kojení. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 2021-10-22]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/805-prinos-kojeni>

ODOM, Erica C et al. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics*. [online]. 2013, **131**(3), 726-732 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: [doi:10.1542/peds.2012-1295](https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295)

PAULOVÁ, Markéta. Proč kojit?. *SZÚ* [online]. Praha, 2016 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/Nove/Proc_kojit_a_co_pro_to_udelat.pdf

PEVZNER, Miri a Arik DAHAN. Mastitis While Breastfeeding: Prevention, the Importance of Proper Treatment, and Potential Complications. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 2020, **9**(8), 2328 [cit. 2021-11-08]. ISSN 2077-0383. Dostupné z: [doi:10.3390/jcm9082328](https://doi.org/10.3390/jcm9082328)

POLOKOVÁ, Andrea. *Praktický návod na kojení*. Druhé vydání. Praha: Slovart, 2020. 124 s. ISBN 978-80-276-0179-0.

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy. Doporučení pracovní skupiny gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2014, **69**(Suppl 1), 3-47 [cit. 2022-02-20]. ISSN 0069-2328. Dostupné z:

http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/soubory/csped_suppl_2014_ii.pdf

Pracovní skupina pro potravinovou alergii. Doporučené postupy pro provádění expozičních testů s potravinami. *Alergie Supplementum* [online]. 2018, **20**(Suppl_1), 43 s. [cit. 2022-04-23].

Dostupné z: https://www.csaki.cz/dokumenty/Doporucene_postupy_expo_testu_s_potravinami.pdf

- ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- ŘEHÁKOVÁ, Milada. Kojení s kloboučky. *Umění Kojení - Milada Řeháková* [online]. 17. 12. 2018 [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <https://umenikojeni.cz/kojeni-s-kloboucky/>
- ŘEPOVÁ, Andrea. Mastitida: jak léčit zánět prsu při kojení. *Nutriklub.cz* [online]. 2021 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/mastitida-jak-lecit-zanet-prsu>
- SANKAR, Mari Jeeva, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* [online]. 2015, **104**(467), 3-13 [cit. 2021-10-20]. ISSN 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1111/apa.13147
- SEDLÁŘOVÁ, Petra et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
- SCHNEIDROVÁ, Dagmar et al. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. Druhé vydání. Praha: Grada, 2006. 131 s. ISBN 80-247-1308-X.
- SKIBIEL, Amy L. et al. The evolution of the nutrient composition of mammalian milks. *Journal of Animal Ecology*. [online]. 2013, **82**, 1254-1264 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: doi: 10.1111/1365-2656.12095
- Slabě a líně pijící dítě. *Kojeni.cz* [online]. 2007b [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/slabe-line-pijici-dite/>
- Státní zdravotní ústav. SpoKOJENÍ. SZÚ [online]. Praha, 2016 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/kojeni/spoKOJENI_SZU_2016.pdf
- STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA. *Základy dětského lékařství*. Druhé vydání. Praha: Karolinum, 2016. 472 s. ISBN 978-80-246-2997-1.
- SYMONDS, Ian M a Sabaratnam ARULKUMARAN. *Essential obstetrics and gynaecology*. Sixth edition. Edinburgh: Elsevier, 2020. 460 s. ISBN 0-7020-7640-6.
- Technika kojení – polohy. *Kojeni.cz* [online]. 2007a [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy>
- THOMAS, Liji. Overactive Let-Down (OALD) Reflex. *News-Medical* [online]. 26 February 2019 [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: [https://www.news-medical.net/health/Overactive-Let-Down-\(OALD\)-Reflex.aspx](https://www.news-medical.net/health/Overactive-Let-Down-(OALD)-Reflex.aspx)
- Tongue-tie. *NHS* [online]. 2020 [cit. 2021-11-14]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/tongue-tie/>
- UNDERWOOD, Mark A, et al. Bifidobacterium longum subspecies infantis: champion colonizer of the infant gut. *Pediatric Research* [online]. 2014, **77**, 229-235 [cit. 2022-02-21]. ISSN 1530-0447. Dostupné z: doi: 10.1038/pr.2014.156

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Podíl kojených novorozenců podle celkové délky kojení. *Regionální zpravodajství Národního zdravotnického informačního systému* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/vys/index.php?pg=statisticke-vystupy--ukazatele-zdravotniho-stavu--indikatory-echi--podil-kojenych-novorozencu-podle-celkove-delky-kojeni>

UNICEF. Busted: 14 myths about breastfeeding. UNICEF [online]. New York [cit. 2021-12-01]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/parenting/food-nutrition/14-myths-about-breastfeeding>

VICTORA, Cesar G, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* [online]. 2016, **387**(10017), 475–490 [cit. 2021-10-23]. ISSN 0140-6736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7

VOLF, Vladimír. Ublinkávání v kojeneckém věku. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(3) [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/08.pdf>

Všechno, co potřebujete vědět. *Kojeni.cz* [online]. Laktační liga, 2015 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/wp-content/uploads/2015/09/Brozura-kojeni-CZ.pdf>

WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series. *WHO* [online]. Geneva, 20 December 2014 [cit. 2021-11-20]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.2>

WHO. Human T-lymphotropic virus type 1. *WHO* [online]. Geneva, 3 March 2021b [cit. 2021-10-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-t-lymphotropic-virus-type-1>

WHO. Infant and young child feeding. *WHO* [online]. Geneva, 9 June 2021a [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

WHO. The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers. *WHO* [online]. Geneva, 26 May 2020 [cit. 2021-11-21]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005990>

ZLATOHLÁVEK, Lukáš et al. *Klinická dietologie a výživa*. Druhé rozšířené vydání. Praha: Current Media, 2019. 520 s. ISBN 978-80-88129-44-8.

5 Seznam zkratek

- AAF – aminokyselinové formule (amino acids formula)
ABKM – alergie na bílkovinu kravského mléka
BFHI – Nemocnice přátelská k dětem (Baby Friendly Hospital Initiative)
BMI – index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
CDC – Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Disease Control and Prevention)
ČPS – Česká pediatriká společnost
ČSÚ – Český statistický úřad
eHF – formule s extenzivně hydrolyzovanou mléčnou bílkovinou (extensively hydrolysed formula)
ESPGHAN – Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)
GER – gastroezofageální reflux
HA – hypoantigenní kojenecká formule
HIV – lidský virus imunologické nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)
HTLV-1 – lidský T-lymfotropní virus (Human T-lymphotropic Virus)
IgA – imunoglobulin A
IQ – inteligenční kvocient
PKV – počáteční kojenecká výživa
PLDD – praktický lékař pro děti a dorost
SIDS – syndrom náhlého úmrtí dítěte (sudden infant death syndrome)
UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations International Children's Emergency Fund)
USA – Spojené státy americké (United States of America)
ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

6 Seznam tabulek

Tabulka 1 Složení kolostra a mateřského mléka v g/l (Černá a Kollárová, 2015).....	11
Tabulka 2 Podíl kojených novorozenců podle celkové délky kojení (ÚZIS ČR, 2017).....	17

7 Seznam obrázků

Obrázek 1 Správné přidržování prsu při kojení (Sedlářová et al., 2008).....	23
Obrázek 2 Poloha vleže (Roztočil et al., 2017).....	23
Obrázek 3 Poloha vleže na zádech (Roztočil et al., 2017).....	24
Obrázek 4 Poloha vsedě (Roztočil et al., 2017).....	24
Obrázek 5 Boční, fotbalové držení (Roztočil et al., 2017)	24
Obrázek 6 Poloha v polosedě (Roztočil et al., 2017).....	25
Obrázek 7 Vzpřímená, vertikální poloha (Roztočil et al., 2017)	25
Obrázek 8 Poloha tanečnicka (Kojeni.cz, 2007a).....	25
Obrázek 9 Kojení dvojčat v bočním, fotbalovém držení (Kojeni.cz, 2007a)	26
Obrázek 10 Správné a nesprávné přísátí (Sedlářová et al., 2008).....	26
Obrázek 11 Typy bradavek - normální, plochá a vpáčená (Medela AG, 2022)	32
Obrázek 12 Deset kroků k úspěšnému kojení (Kojeni.cz, 2017).....	36

8 Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentek	40
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	41
Graf 3 Rozhodnutí matek kojít.....	41
Graf 4 Důležité faktory v rozhodování o kojení	42
Graf 5 Plánovaná délka výlučného kojení	42
Graf 6 Vliv informovanosti o doporučené délce kojení před porodem na dodržení doporučené délky výlučného kojení	43
Graf 7 Faktory důležité v rozhodování o nekojení	44
Graf 8 Zdroj informací o kojení před porodem.....	44
Graf 9 Předporodní kurzy a udržení doporučené délky kojení (4-6 měsíců).....	45
Graf 10 Informovanost matek před porodem o možných obtížích s kojením a jejich řešení	46
Graf 11 Vliv informovanosti o obtížích spojených s kojením před porodem na délku výlučného kojení	46
Graf 12 Porod v porodnici s certifikátem BFHI	47
Graf 13 První přiložení miminka k prsu po porodu.....	48
Graf 14 Rooming-in.....	48
Graf 15 Návštěva laktačního poradce v porodnici.....	49
Graf 16 Edukace LP v porodnici a dodržení doporučené délky výlučného kojení.....	49
Graf 17 Edukace LP v porodnici a jeho pomoc při pozdějších obtížích s kojením	50
Graf 18 Podpora od personálu porodnice	51
Graf 19 Frekvence kojení.....	52
Graf 20 Délka výlučného kojení	52
Graf 21 Výskyt obtíží během kojení.....	53
Graf 22 Nejčastější obtíže při kojení.....	53
Graf 23 Na koho se kojící matky obrací při obtížích s kojením	54
Graf 24 Úspěšnost odborné pomoci s překonáním obtíží	55
Graf 25 Pomoc laktačního poradce a dodržení doporučené délky výlučného kojení.....	55
Graf 26 Úspěšnost odborné pomoci.....	56
Graf 27 Rozhodující zdroj pro udržení výlučného kojení.....	57
Graf 28 Důvod pro zavedení dokrmu před ukončeným 4. - 6. měsícem	57
Graf 29 Důvod pro zavedení příkrmu před ukončeným 6. měsícem	58
Graf 30 Důvod pro zavedení příkrmu či dokrmu po ukončeném 6. měsíci.....	58

9 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha č. 1 - dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Jindřichová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Nutriční terapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci s názvem „**Vliv informovanosti a odborné pomoci na délku výlučného kojení**“. Dotazník je určen pro maminky kojenců mezi 6. – 12. měsícem věku, kteří jsou jejich prvním dítětem a je zcela anonymní. Předem moc děkuji za čas strávený jeho vyplněním a za získané informace ke zpracování mé bakalářské práce.

1. Prosím uveďte svůj věk:

2. Prosím, uveďte své nejvyšší dosažené vzdělání:

- a. Základní
- b. Střední bez maturitní zkoušky
- c. Střední s maturitní zkouškou
- d. Vyšší odborné
- e. Vysokoškolské
- f. Jiné - prosím, upřesněte.....

3. Byla jste před porodem rozhodnuta kojít?

- a) Byla jsem rozhodnutá kojít
- b) Nebyla jsem plně rozhodnutá
- c) Byla jsem rozhodnutá nekojit (přejděte rovnou na otázku č. 6)

4. Pokud jste byla rozhodnutá kojít, zaškrtněte, prosím, co bylo pro Vás při rozhodování důležité (můžete zaškrtnout více možností):

- a) Výhody složení mateřského mléka oproti kojenecké formuli
- b) Ekonomická úspora
- c) Časová úspora
- d) Posilování imunity dítěte
- e) Vliv kojení na psychiku a vztah matky a dítěte
- f) Ochrana před některými onemocněními u dítěte (např. obezita, zánět středního ucha, hypertenze, hypercholesterolémie,...)
- g) Ochrana před některými onemocněními u matky (např. onkologické onemocnění prsu, osteoporóza, cukrovka 2. typu,...)
- h) Jiné – prosím, uveďte:

.....
.....

5. Pokud jste byla **rozhodnutá kojít**, zaškrtněte, prosím, jak dlouho jste měla v plánu **výlučně kojít**. Výlučné kojení znamená podávání pouze mateřského mléka bez jakýchkoli jiných tekutin či potravin (nepočítají se podávané léky).
- Méně než 6 týdnů
 - 6 týdnů-2 měsíce
 - 2-3 měsíce
 - 3-4 měsíce
 - 4-6 měsíců
 - Více než 6 měsíců
6. Pokud jste byla **nebyla rozhodnutá kojít**, zaškrtněte, prosím, co pro Vás bylo při rozhodování **důležité** (můžete zaškrtnout více možností):
- Zdravotní kontraindikace kojení ze strany budoucí matky (užívané léky, onemocnění matky)
 - Zdravotní kontraindikace kojení ze strany dítěte
 - Obava z nezvládnutí techniky či časové náročnosti kojení
 - Obava z vlivu kojení na vzhled prsů
 - Obava z bolestivosti kojení
 - Jiné – prosím, uveďte:
.....
7. Zaškrtněte, prosím, zda a případně odkud jste před porodem čerpala informace o kojení. (můžete zaškrtnout více možností)
- Neměla jsem o kojení žádné informace
 - Internet a sociální sítě
 - Rodina, kamarádka či jiná blízká osoba
 - Odborné publikace (knihy, odborné časopisy)
 - Předporodní kurzy
 - Gynekolog / sestra v gynekologické ordinaci
 - Jiný – prosím, uveďte
8. Měla jste před porodem informace i o možných obtížích s kojením a jejich řešení?
- Ano
 - Ne
9. Rodila jste v porodnici s certifikátem „BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE“?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
10. Za jak dlouho po porodu bylo miminko poprvé přiloženo k prsu?
- Do 30 minut po porodu
 - Déle než 30 minut po porodu

11. Byl v porodnici praktikován rooming-in (pobyt dítěte s matkou 24 hodin denně)?

- a) Ano, od začátku
- b) Ano, ale s omezením ze zdravotní indikace matky
- c) Ano, ale s omezením ze zdravotní indikace dítěte
- d) Ano, ale s omezením z jiného důvodu – prosím, uveďte z jakého
- e) Ne, neumožňoval to zdravotní stav matky
- f) Ne, neumožňoval to zdravotní stav dítěte
- g) Ne, neumožňovala to porodnice

12. Navštívil Vás v porodnici laktační poradce?

- a) Ano
- b) Ne

13. Jak moc Vás v kojení podporoval motivoval personál porodnice? Odpověď prosím vyznačte na číselné škále 1-5 (1 – nemotivoval, 5 – velmi motivoval)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Jak často jste kojila/kojíte?

- a) Podle potřeby miminka
- b) V pravidelných intervalech

15. Jak dlouho jste své miminko výlučně kojila nebo krmila odstříkaným mateřským mlékem? Výlučným kojením se rozumí krmení pouze mateřským mlékem bez podávání jakékoli jiné stravy či tekutiny. Délku výlučného krmení mateřským mlékem, prosím, uveďte v týdnech či měsících:

.....týdnů NEBOměsíců

16. Vyskytly se u Vás během kojení nějaké potíže?

- a) Ano
- b) Ne

17. Pokud se u Vás během kojení vyskytly obtíže, zaškrtněte prosím všechny, které se u Vás vyskytly.

- a) Zánět prsu (mastitida)
- b) Retence mléka (ucpaný mlékovod)
- c) Nedostatečná tvorba mléka
- d) Ragády bradavek (popraskané bradavky)
- e) Kvasinková infekce bradavek
- f) Rychlý tok mléka
- g) Obtíže s přisáváním dítěte
- h) Spavé/líné pijící dítě
- i) Bolest při kojení
- j) Jiné – prosím, uveďte

18. Na koho jste se v případě obtíží s kojením obrátila nebo odkud jste čerpala informace?
(můžete uvést více odpovědí)

- a) Personál porodnice
- b) Pediatr / dětská sestra
- c) Laktační poradce
- d) Blízká osoba
- e) Jiné – prosím uveďte

19. Pomohla Vám odborná pomoc překonat obtíže s kojením nebo udržení dostatečné laktace?

- a) Ano
- b) Ne

20. V případě, že Vám odborná pomoc pomohla překonat obtíže, uveďte, prosím, který z odborných zdrojů byl rozhodující pro udržení výlučného kojení:

- a. Personál porodnice
- b. Pediatr / dětská sestra
- c. Laktační poradce
- d. Blízká osoba
- e. Jiné – prosím uveďte

21. Pokud jste zavedli dokrm (podávání kojenecké formule – náhradní kojenecké mléčné výživy) před ukončením 4.-6. měsícem, uveďte, prosím, hlavní důvod:

- a) Nedostatek mléka
- b) Neprospívání dítěte
- c) Zdravotní důvody – prosím, uveďte jaké:

.....

22. Pokud jste zavedli příkrm (podávání jiné potraviny kromě mateřského mléka či kojenecké formule) před ukončením 6. měsícem, uveďte, prosím, hlavní důvod:

- a) Neprospívání dítěte
- b) Imunologické okno (prevence potravinových alergií)
- c) Jiné důvody – prosím, uveďte jaké:

.....

.....

23. Pokud jste zavedli dokrm či příkrm později, než po ukončení 6.měsíce, zaškrtněte, prosím, hlavní důvod:

- a. Odmítání příkrmu či dokrmu dítětem
- b. Obava z rozvoje potravinové alergie či intolerance
- c. Obava z rozvoje nadváhy/obezity dítěte
- d. Jiné – prosím, uveďte:

.....

.....

24. Pokud máte ohledně Vašeho kojení, laktace, zavádění příkrmů či souvisejících okolností nějaké další informace, které byste nám chtěla sdělit, prosíme, uveďte níže:

.....

.....

Velmi Vám děkujeme za Váš čas a laskavou spolupráci!