

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Tereza Trpálková

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Tereza Trpáková

Socioekonomický status a jeho vliv na délku kojení

Effect of socioeconomic status on breastfeeding duration

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Zdeněk Laštůvka

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 dne 29.04. 2022

Tereza Trpálková

Podpis

Identifikační záznam

TRPÁLKOVÁ, Tereza. *Socioekonomický status a jeho vliv na délku kojení. [Effect of socioeconomic status on breastfeeding duration]*. Praha, 2022. 60 s., 8 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Laštůvka, Zdeněk.

Poděkování

Ráda bych touto cestou velmi poděkovala svému vedoucímu práce MUDr. Zdeňkovi Laštůvkovi za profesionální spolupráci, odborné rady, cenné připomínky a podporu při zpracování bakalářské práce.

Dále jsem vděčná paní Miluši Plecerové, laktanční poradkyni z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, za vstřícnost, ochotu a konzultace, které mi při realizaci bakalářské práce poskytla.

Děkuji místopředsedkyni České společnosti porodních asistentek paní Petře Pařízkové za pomoc při koncepci studie a za umožnění realizace dotazníkového šetření a panu Mgr. Jaroslavovi Vackovi, Ph.D. za zhotovení odborného statistického výzkumu.

V neposlední řadě chci tímto způsobem vyjádřit bezmezný vděk za neutuchající podporu mé milované rodiny a nenahraditelných přátel.

Abstrakt:

Bakalářská práce se věnuje širokému spektru témat v oblasti kojení. Tato práce je koncipována jako teoreticko – praktická.

Cílem teoretické části je šířit osvětu a validní informace týkající se problematiky kojení. Tato část čtenáře provádí anatomii prsu a fyziologií laktace, zdůrazňuje význam kojení pro matku, dítě a společnost i ve spojitosti s Agendou pro udržitelný rozvoj 2030, doporučuje vhodnou výživu kojící ženy, zpřehledňuje zásady a správnou techniku kojení, upřesňuje optimální prospívání dítěte, upozorňuje na nejčastější komplikace při kojení a nabízí jejich řešení, popisuje alternativní metody dokrmování a zásady zavádění příjmu i ukončení kojení, seznamuje s podporou kojení a v neposlední řadě shrnuje výsledky zahraničních studií týkajících se socioekonomického statusu a jeho vlivu na průběh a délku kojení.

Praktická část svým hlavním cílem na řadu těchto zahraničních studií navazuje a zkoumá vliv socioekonomického statusu na průběh a délku kojení. Stanovené hypotézy předpokládaly, že v období 14. dne, 1. měsíce, 3. měsíce a 5. měsíce od narození dítěte nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy. Na základě těchto předem stanovených cílů a hypotéz byl uskutečněn prospektivní sběr dat pomocí kvantitativního šetření. Socioekonomický status je zde zastoupen dosaženým stupněm vzdělání, na jehož základě byly ženy rozděleny do 3 skupin. Pomocí 4 elektronických periodicky zasílaných dotazníků bylo zmapováno období prvních 5 měsíců od narození dítěte.

Data byla shromažďována s použitím Microsoft Excel a analyzována v software SPSS 26. Rozdíly mezi skupinami byly sledovány v kontingenční tabulce 3x3 pomocí testu Chí-kvadrát a proporčního z-testu v každém sledovaném období zvlášť.

Ačkoliv je rozdíl ve formě kojení mezi jednotlivými skupinami žen patrný i v období 14. dne a 1. měsíce po porodu, statisticky významný je až ve 3. a 5. měsíci. Hlavním zjištěním je, že v období 3. a 5. měsíce bylo signifikantně méně plně kojících matek (respektive signifikantně více nekojících matek) se základním vzděláním či středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky než matek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou a matek s vysokoškolským vzděláním. Ženy se základním vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky se jeví jako riziková skupina z hlediska ukončení plného kojení v období 3. a 5. měsíce po porodu. Na základě toho je vhodné převést do praxe jisté intervence a věnovat této skupině žen více pozornosti.

Cíl práce byl naplněn. Polovina hypotéz byla potvrzena a druhá polovina vyvrácena. Vzhledem k výchozímu výzkumnému souboru o nižším počtu respondentek a jistým limitacím bakalářské práce, není možné uvádět zcela jednoznačné závěry. Proto následující výsledky slouží především jako výzva ke vzniku obsáhlejších a detailnějších výzkumů.

Klíčová slova:

kojení, socioekonomický status, vzdělání, podpora kojení, délka kojení

Abstract:

This Bachelor thesis is focused on the breastfeeding and its issues. This thesis includes theoretical and practical part.

The aim of the theoretical part is to widen the education of the public and the valid information about breastfeeding. This part consists of the anatomy of breast and physiology of lactation, emphasizes the value of breastfeeding for mother, baby and the whole society and also the Agenda for Sustainable Development 2030 is mentioned. It also recommends the ideal nourishment of breastfeeding women, describes the rules and correct techniques of breastfeeding, specifies the ideal growth and progress of the baby. It describes the main complications during breastfeeding and offers their solution. It offers also the alternatives of nourishment and rules for its uses. It shows the support of breastfeeding and sums up the results of foreign studies about socioeconomical status and its influence on the length of breastfeeding.

The practical part follows the theoretical part and research the influence of socioeconomical status on ways and length of breastfeeding. The set hypothesis presumed that there will be no difference in the form of breastfeeding depending on the education of women in the period of 14th day, 1st month, 3rd month and 5th month of baby's life. With those set aims and hypothesis data were collected. Socioeconomical status is set by the grade of education, the women were divided into 3 groups. By 4 electronic questionnaires the period of the first 5 months from the birth of the child was mapped.

The data were collected by Microsoft Excel and were analyzed by software SPSS 26. The differences between those groups were separately observed in contingency table 3x3 with the help of Chi-square and proportional z-test in each followed time period.

Although the difference in the form of breastfeeding between individual groups of women is also evident in the period of the 14th day and the 1st month after childbirth, it is statistically significant only in the 3rd and 5th month. The main result is that in the period of 3rd and 5th month there were significantly less exclusively breastfeeding mothers (thus significantly more non-breastfeeding mothers) with elementary school and high-school education without maturity than mothers with high-school education with maturity or a university degree. The women with elementary school or high school without maturity show up as a risk group for full breastfeeding in the period of 3rd and 5th month after the childbirth. On this basis, it is appropriate to put certain interventions into practice and pay more attention to this group of women.

The goal of the Bachelor thesis was fulfilled. Half of the hypotheses were confirmed and the other half refuted. Due to the initial research set with a low number of respondents and certain limitations of the Bachelor's thesis, it is not possible to draw completely clear conclusions. Therefore, the following results serve primarily as a call for more extensive and detailed research.

Keywords:

breastfeeding, socioeconomical status, education, breastfeeding support, breastfeeding duration

Obsah

Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Anatomie prsu	12
1.1 Mléčná žláza	12
1.2 Tuková tkáň	13
2 Fyziologie laktace	14
2.1 Laktace	14
2.2 Složení mateřského mléka	15
3 Význam kojení pro matku, dítě a společnost	16
3.1 Význam kojení pro matku	16
3.2 Význam kojení pro dítě	17
3.3 Význam kojení pro společnost	17
4 Kojení ve spojitosti s Agendou pro udržitelný rozvoj 2030	18
5 Výživa kojící ženy a kontraindikace kojení	20
5.1 Výživa kojící ženy	20
5.2 Kontraindikace kojení	20
6 Zásady a správná technika kojení	22
6.1 Zásady správného kojení	22
6.2 Správná technika kojení	23
6.2.1 Správná poloha matky a dítěte	23
6.2.2 Správné držení prsu a nabízení prsu dítěti	23
6.2.3 Správné přisátí dítěte	23
6.2.4 Správné sání dítěte z prsu	23
6.3 Polohy při kojení a doplňky ke kojení	23
6.4 Prospívání dítěte	24
7 Nejčastější komplikace při kojení a jejich řešení	25
7.1 Dítě odmítá přisátí	25
7.2 Bolestivé přisátí	25
7.3 Bolest prsou	25
7.4 Komplikované přiložení k nalitému prsu	25
7.5 Vpáčené bradavky	25
7.6 Bolestivé trhlinky bradavek	26

7.7 Mastitida	26
7.8 Retence mléka	26
7.9 Plísňová infekce	26
7.10 Problémy s množstvím mateřského mléka	26
8 Alternativní metody dokrmování, zásady zavádění příkrmu a ukončení kojení.....	28
8.1 Alternativní metody dokrmování.....	28
8.2 Zásady zavádění příkrmu.....	28
8.3 Ukončení kojení	28
9 Podpora kojení	29
9.1 Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) a Deset kroků úspěšného kojení	29
9.2 Podpora kojení v současné době	30
10 Socioekonomický status a jeho vliv na délku kojení.....	31
10.1 Srovnání národních průzkumů o kojení podle vzdělání matek v Evropě	31
10.2 Vzdělávání matek v souvislosti s kojením: trendy v 81 zemích s nízkými a středními příjmy v letech 2000 až 2019.....	32
10.3 Výsledky dalších studií	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
11 Cíle práce a stanovení výzkumných hypotéz.....	34
11.1 Cíle práce	34
11.2 Výzkumné hypotézy	34
12 Metodologie výzkumu.....	35
12.1 Metody sběru dat	35
12.2 Výzkumný soubor.....	36
12.2.1 Kritéria výběru do sledovaného souboru.....	36
12.2.2 Další zohledněná kritéria	36
12.2.3 Klasifikace výzkumného souboru.....	36
12.3 Metody zpracování a analýzy dat	36
12.4 Praktický průběh realizace	37
13 Výsledky.....	38
13.1 Základní přehled souboru žen.....	38
13.2 Výsledky spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření.....	40
13.3 Výsledky průběhu kojení	41
13.3.1 Hromadné výsledky průběhu kojení	41

13.3.2 Výsledky průběhu kojení v závislosti na dosaženém vzdělání: 1. skupina žen	43
13.3.3 Výsledky průběhu kojení v závislosti na dosaženém vzdělání: 2. skupina žen	46
13.3.4 Výsledky průběhu kojení v závislosti na dosaženém vzdělání: 3. skupina žen	49
13.3.5 Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen.....	53
13.3.6 Důvody ukončení kojení.....	54
13.4 Výsledky statistické analýzy - závěry.....	54
13.5 Závěrečné zhodnocení výzkumných hypotéz	56
14 Diskuse a závěry	57
Seznam použité literatury	61
Seznam použitých zkratk	64
Seznam tabulek.....	65
Seznam grafů	67
Seznam příloh	68
Přílohy.....	69

Úvod

Mezi základní fyziologické potřeby dítěte spadá výživa. Současné vědecky podložené informace, jež jsou v souladu s EBM (Evidence-Based Medicine) a EBP (Evidence-Based Practice) potvrzují benefity kojení nejen pro dítě, ale i pro matku a širokou veřejnost. Roku 1991 vstoupila v platnost Úmluva o právech dítěte, ve které je zakotveno právo dítěte na kojení. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen „WHO“) a Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations International Children's Emergency Fund, dále jen „UNICEF“) doporučují výlučné kojení po dobu 6 měsíců a dále v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do 2 roků věku dítěte i déle. Matka a dítě mají nárok na adekvátní péči a edukaci ze strany zdravotnického personálu v oblasti kojení. I přesto, že kojení patří mezi nejpřirozenější procesy, je nutné mu věnovat dostatečnou pozornost, ochranu a podporu. Tato podpora je převážně v gesci národních programů, zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků. Mnoho iniciativ prosazujících kojení vydává WHO a UNICEF. Mezi hlavní edukátory je zahrnuta porodní asistentka, která je zcela kompetentní ženu informovat o hlavních zásadách a praktikách kojení a provázet matku i dítě takto významným obdobím. Všechny tyto aspekty shledávám jako významný podnět pro zpracování této bakalářské práce, jejíž účelem je šířit osvětu a zároveň přinést nové poznatky týkající se kojení.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část čtenáře provede anatomii prsu a fyziologií laktace, zdůrazní význam kojení pro matku, dítě a společnost i ve spojitosti s Agendou pro udržitelný rozvoj 2030, doporučí vhodnou výživu kojící ženy, zpřehlední zásady a správnou techniku kojení, upřesní optimální prospívání dítěte, upozorní na nejčastější komplikace při kojení a nabídne jejich řešení. Popíše alternativní metody dokrmování a zásady zavádění příkrmu i ukončení kojení, seznámí s podporou kojení a v neposlední řadě shrne výsledky zahraničních studií týkajících se socioekonomického statusu a jeho vlivu na průběh a délku kojení.

Praktická část svým hlavním cílem navazuje na řadu zahraničních studií, které vyzívají k obdobným výzkumům. Tímto cílem bude zjistit, zdali má socioekonomický status vliv na průběh a délku kojení. V této bakalářské práci bude socioekonomický status zastoupen dosaženým stupněm vzdělání ženy. Sledované ženy budou rozděleny do 3 skupin na základě nejvyšší úrovně dosaženého vzdělání a následně prospektivně dotazovány na formu a průběh kojení prostřednictvím elektronických periodicky zasílaných dotazníků v průběhu prvních 5 měsíců po narození dítěte. Praktická část tedy přinese důležité výsledky a zjištění o nerovnostech v průběhu kojení mezi 3 vzdělanostními skupinami, a pomůže tak v budoucnu zdokonalit a individualizovat péči o ženy a jejich děti v oblasti kojení. Zlepšení této péče může mít posléze kladný vliv na vývoj veřejného zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie prsu

Vývoj prsu, neboli mammogeneze, probíhá již před narozením. Začíná v prvních týdnech ektodermu vývojem párové mléčné lišty, jež se tvoří od podpaží až do inguinální oblasti. V průběhu těchto mléčných lišt dochází postupem těhotenství k další diferenciaci žláze tkáně plodu. Stěžejním obdobím pro růst prsních žláz je u děvčat období puberty. Produkce estrogenů a růstových hormonů podmiňuje růst mlékovodů. Po započetí menstruačního cyklu dochází působením progesteronu k tvorbě základu budoucích alveol. Během těhotenství ženy má na další diferenciaci a růst tkáně prsní žlázy vliv placenta a vylučování hormonu prolaktinu (Procházka a kolektiv, 2020).

Ženský prs je z anatomického hlediska možno rozdělit na dvě stavební složky: vlastní mléčnou žlázu a tukovou tkáň (Hájek, 2014).

1.1 Mléčná žláza

Mléčná žláza, latinsky *glandula mammaria*, je označena jako největší kožní žláza lidského těla. Je složena z 15-20 tuboalveolárních žláz, přičemž každá z těchto žláz tvoří jednotlivý lalok (*lobus glandulae mammariae*) (Hájek, 2014). Samostatné laloky vznikají spojením lalůčků (*lobuli glandulae mammariae*) a lalůčky jsou tvořeny nakupením alveolů. Alveoly jsou obklopeny buňkami hladkého svalstva a při oxytocinovém reflexu, známém jako let down reflex (dále jen „LDR“), dojde k jejich kontrakci a vypuzení mateřského mléka (dále jen „MM“) do mlékovodu (Procházka a kolektiv, 2020). Z jednotlivých laloků vždy vystupuje mlékovod (*ductus lactiferus*) (Hájek, 2014). Mlékovody plní funkci transportu mléka a při oxytocinovém reflexu se rozšíří až o 58 % (Procházka a kolektiv, 2020). Laloky jsou obaleny tuhým vazivem a tvoří tak terčovité těleso (*corpus mammae*). Povrch terčovitého tělesa je rozbrázděný a jeho nerovnosti je možno vyhmatat při vyšetření prsu. Vnitřní plocha terčovitého tělesa je přivrácena k hrudní fascii, která kryje *musculus pectoralis major* a jeho zevní plocha je vypouklá a ohraničená kůží (Hájek, 2014).

Plně vyvinutá mléčná žláza u ženy pod kůží prominuje na přední straně hrudníku a tvoří tak ženský prs (*mamma feminina*). Ženský prs je lokalizován laterálně od sternu v oblasti 3. až 6., případně 2. až 5. žebra. Tvar prsu je ovlivněn věkem ženy a počtem těhotenství a porodů. Ve stáří se prs z důvodu involuce mléčné žlázy zmenšuje. Prs dospělé ženy má hmotnost v průměru 150 g, v období těhotenství a kojení se jeho hmotnost může zvýšit na 500 g, ve výjimečných případech až na 900 g (Hájek, 2014).

Na vrcholu prsu je kůže pigmentovaná a modifikovaná do prsního dvorce (*areola mammae*), uprostřed něhož se nachází prsní bradavka (*papilla mammae*). V těhotenství se dvorec zvětšuje a tmavne. Důležitá je přítomnost mazových, Montgomeryho, žlázek v kůži prsního dvorce. Jejich funkcí je produkce sekretu, který chrání dvorec před nepříznivými vlivy mléka a slin novorozence (Hájek, 2014). Tento baktericidní sekret má charakteristickou vůni a kojeneček je tak schopen rozpoznat svou matku (Procházka a kolektiv, 2020). V kůži prsního dvorce se také nacházejí apokrinální žlázy (*glandulae areolares mammae*), které na kůži tvoří jemné hrbolky (Hájek, 2014).

Na vrcholu prsní bradavky můžeme pozorovat 15-20 drobných ostrůvků, které vytváří *area cribriformis papillae*. Těmito otvůrky vyúsťují mlékovody. Prsní bradavka většinou lehce prominuje nad dvorec, někdy však může být i vpáčená. Jak bradavka, tak prsní dvorec jsou erektilní čili reagují na mechanické dráždění, chlad i vzrušení. Erektilitu zajišťuje *musculus subareolaris*. Jedná se o hladký sval, jehož kruhové pruhy vzpřimují prsní bradavku a radiální pruhy zmenšují průměr dvorce. *Musculus subareolaris* má tedy stěžejní význam pro fyziologický průběh kojení (Hájek, 2014).

1.2 Tuková tkáň

Tuková tkáň podmiňuje velikost prsu výrazněji více než samotná mléčná žláza. Tato velikost je však individuální. Tuková tkáň se člení na retromamární tuk nacházející se mezi *corpus mammae* a *musculus pectoralis major* a premamární tuk ležící na *corpus mammae* z přední strany (Hájek, 2014).

2 Fyziologie laktace

Laktace je proces zahrnující fázi růstu prsů (mammogenezi a laktogenezi), sekreci (laktaci) a involuci prsních žláz (ukončení laktace) (Procházka a kolektiv, 2020).

2.1 Laktace

Mammogeneze probíhá od embryonálního období až do období puberty. Během mammogeneze dochází k proliferaci a diferenciaci tkání mléčných žláz a také k tvorbě alveolů (Procházka a kolektiv, 2020).

Příprava organismu na laktaci probíhá již během gravidity ženy. Ve vývoji mlékotvorného aparátu hraje nezastupitelnou roli laktogenní hormonální komplex. Tento komplex zahrnuje estrogény, progesteron, lidský placentární laktogen (hPL), hypofyzární prolaktin, adrenokortikotropní hormon (ACTH), glukokortikoidy, inzulin a hormony štítné žlázy (Hájek, 2014). Již zmíněné estrogény zajišťují růst a proliferaci mlékovodů. Progesteron je antagonistou prolaktinu, blokuje tedy tvorbu mateřského mléka a ovlivňuje růst lobulů a alveolů. Lidský placentární laktogen diferencuje epitelové buňky na buňky schopné syntézy MM. Adrenokortikotropní hormon, inzulin a hormony štítné žlázy podmiňují růst prsní žlázy. Glukokortikoidy hrají roli v ukončení laktace (Procházka a kolektiv, 2020).

Laktaci lze rozdělit do více stádií: laktogeneze I, laktogeneze II, laktogeneze III a involuce prsních žláz (Procházka a kolektiv, 2020).

Laktogeneze I zahrnuje období druhé poloviny těhotenství, kdy dochází k proliferaci a diferenciaci prsní žlázy a zároveň stoupá hodnota prolaktinu. Epitelové buňky se postupně mění na laktocyty, které mají schopnost produkce MM. Od 16. tt. do 5. dne po porodu probíhá tvorba MM – kolostra (Procházka a kolektiv, 2020).

Začátek laktace je po porodu podmíněn sestupem estrogenů a progesteronu. Pro samotnou tvorbu mléka je však nezbytný prolaktin (Hájek, 2014). LDR se vyskytuje do první minuty od přisátí dítěte a během jeho spuštění dítě dostane 30-35 ml MM, bez LDR jen 1-10 ml MM. Matka je schopna zachytit signál od svého hladového potomka a reaguje zvýšenou produkcí oxytocinu a spustí se LDR. Oxytocin také vyvolává kontrakce dělohy. Způsob porodu, podávání opiátů a alkohol mohou negativně ovlivnit produkci oxytocinu (Procházka a kolektiv, 2020).

Během laktogeneze II dochází k transformaci kolostra na zralé MM. Jedná se o tranzitorní MM, které se tvoří 6.-13. den po porodu. Produkce placentárních hormonů stále klesá a produkce prolaktinu naopak výrazně stoupá. Tvorba MM se nejméně zvyšuje 36-96 hodin po porodu. K pozdnímu nástupu laktace může dojít u žen po předčasném či protražovaném porodu, císařském řezu, ale i u žen obézních nebo u žen s diabetem mellitus (DM) (Procházka a kolektiv, 2020).

Laktogeneze III je fáze udržování laktace. Tvorba MM a jeho množství závisí na vyprazdňování prsu. Produkce prolaktinu není již ovlivňována endokrinně, ale po 2-3 dnech autokrinně. Autokrinní kontrola laktace probíhá prostřednictvím feedback inhibitor of lactation (FIL). Zajímavostí je, že prolaktin u žen vyvolává stav pohotovosti, snižuje

libido a společně s oxytocinem u matky podporuje altruismus. Tyto aspekty podmiňují zvýšenou bdělost matky a schopnost pečovat o dítě (Procházka a kolektiv, 2020).

Involuce prsních žláz nastává v případě, kdy není prs dostatečně vyprazdňován. Dojde k inhibici prolaktinu a působením glukokortikoidů nastává apoptóza laktocytů (Procházka a kolektiv, 2020).

2.2 Složení mateřského mléka

Mlezivo, odborně kolostrum, je prvotní mléko, které sice nezajišťuje novorozenci takový příjem energie (56 kcal/100 ml), jako mléko zralé (66 kcal/100 ml), ale obsahuje více bílkovin (2,7 g/100 ml oproti 0,9-1,2 g/100 ml u zralého MM) a vitaminů (A, E a K) (Pařízek, 2015). Ochranu novorozenci poskytují také protilátky imunoglobulin A (IgA) a složky buněčné imunity (lymfocyty). Kolostrum je velmi dobře uzpůsobené potřebám novorozence. Množství kolostra je první den po porodu cca 37 ml a druhý den 20 ml na jedno kojení, tím pádem ledviny novorozence nejsou nijak zatížené. Zároveň mlezivo napomáhá odchodu stolice a stabilizuje hladinu glykemie. Vitamin K chrání před hemoragickými komplikacemi (Procházka a kolektiv, 2020). V kolostru je vitamin K hojně zastoupen, nicméně jeho produkce postupně klesá a je tvořen bakteriemi tlustého střeva. Toto množství není zprvu dostatečné, a proto je indikováno jednorázové podání 1 mg vitamínu K injekcí do svalů, popř. lze vitamin K podávat perorálně formou jedné kapky týdně po dobu 3 měsíců (Pařízek, 2015).

Kolostrum je nahrazeno přechodným, tranzitorním, mlékem. Přechodné mléko již obsahuje vyšší množství tuků a sacharidů, bílkovina naopak klesá (Pařízek, 2015).

Zralé MM se tvoří od třetího týdne po narození dítěte. Jeho složení se během kojení individuálně mění (Pařízek, 2015 srov. s Procházka a kolektiv, 2020). MM lze rozdělit na přední a zadní mléko. Jedná se o odlišné složení mléka v průběhu jednoho kojení. Přední mléko, které se dostává k novorozenci jako první, má relativně vysoký objem vody. Zadní mléko obsahuje naopak vyšší podíl tuku a slouží k zasycení novorozence (Iburg, 2009). Oproti jiným živočichům má lidské mléko nejnižší obsah bílkovin, což je důvodem, proč lidé na rozdíl od ostatních savců pomaleji nabírají na váze. Poměr kaseinu a syrovátky je v lidském mléce 20:80, např. u kravského mléka je tento poměr opačný. Kasein má vyšší sytící schopnost, ale jeho větší množství nemusí být novorozencem dobře tolerováno. MM neobsahuje alergen kravského mléka, β -laktoglobulin, a proto je považováno za hypoalergenní. Mohou však nastat situace, kdy se u novorozence projeví alergie na bílkovinu kravského mléka. Toto může nastat po přestupu β -laktoglobulinu do MM. Bílkoviny jako je např. laktoferin či lysozym hrají důležitou roli v imunitních procesech při ochraně před viry a bakteriemi. Tuky zastupují v MM až 50 % energetické potřeby dítěte. Jsou nenahraditelné pro správný vývoj CNS. Sacharidy jsou stěžejní pro správný vývoj střevního mikrobiomu a chrání střevní stěnu před navázáním nežádoucích bakterií. Základním sacharidem MM je laktóza. Z důvodu poměrně nízkého obsahu vitamínu D i vápníku je nutné podávat novorozenci od 2. týdne života 400-600 IU vitamínu D denně v průběhu celého prvního roku a v zimních měsících během roku druhého (Pařízek, 2015). MM obsahuje minerální látky a vodu. Voda pokrývá 88-90 % mléka a je tedy dostatečná pro zajištění příjmu tekutin kojeneho dítěte (Procházka a kolektiv, 2020).

3 Význam kojení pro matku, dítě a společnost

Významná autorita v oblasti zdraví, WHO, podporuje a doporučuje výlučné kojení po dobu 6 měsíců a pokračování v kojení s adekvátní komplementární výživou následující 2 roky po narození dítěte i déle (Dvořáková, 2020). Je nutné plně pochopit obsah tohoto sdělení. Často dochází k jistým nedorozuměním. Nežádka dochází k opomenutí stěžejního slova „výlučné“. Toto slovo znamená, že po dobu 6 měsíců není třeba dítěti poskytovat jiné tekutiny či potraviny nežli MM. Příkrmy je vhodné zavádět až po uplynutí 6 měsíců za současného kojení do 2 let, dle potřeby dítěte i déle (Kudlová, 2013).

Americká pediatrická akademie (APA) vydala již roku 1997 toto prohlášení: *„Rozsáhlý výzkum, zejména v posledních letech dokazuje rozličné a přesvědčivé výhody kojení a používání mateřského mléka pro děti, matky, rodiny i společnost. Jedná se o výhody zdravotní, výživové, imunologické, psychologické, sociální, ekonomické, pro zdravý vývoj dítěte a pro životní prostředí.“* (Binder, 2015).

WHO seřadila mléka dle zdravotní bezpečnosti. Na prvním místě je uvedeno MM, které dítě přijímá přímo z matčina psu. Na místě druhém stojí MM, které je dítěti podáno pomocí láhve. Třetí místo zaujímá mléko darované jinou matkou. Na poslední místo bylo zařazeno krmení z lahve umělým mlékem. Z tohoto vyplývá, že MM by mělo být skutečně první volbou. Neznamená to však, že umělé mléko je pro dítě nebezpečné, pouze by se na něj mělo přistoupit až při vyčerpání veškerých možností (Gaskin, 2011). Není tedy vhodné vytvářet nátlak na psychicky vyčerpanou ženu snažící se o laktaci. Nedostatek MM představuje pro novorozence riziko z důvodu nedostatečného příjmu živin. V tento moment je tedy adekvátní ženě nabídnout kvalitní možnosti alternativ (Pařízek, 2015).

3.1 Význam kojení pro matku

Kojení začíná být pro ženu výhodné již po porodu, zvyšuje totiž systémovou hladinu oxytocinu, který napomáhá rychlejšímu retrahování dělohy, potažmo snižuje riziko poporodního krvácení. Časté kojení zamezuje nástupu menstruačního krvácení, což má do jisté míry antikoncepční účinek. Tato metoda však není zcela spolehlivá, jelikož mnohé ženy otěhotněly i v době výlučného kojení (Binder, 2015). Kojící ženy mohou také vnímat jako výhodu fakt, že i přesto, že by během období kojení měly přijímat za den o 500 až 600 kalorií více, dochází k rychlejšímu návratu k jejich původní váze (Gaskin, 2011).

I z praktického hlediska je kojení pro ženu velmi výhodné. Mateřské mléko je totiž dostupné kdykoliv, kdekoliv, není třeba ho již nijak tepelně upravovat ani vynakládat finanční prostředky (Procházka a kolektiv, 2020).

Kojení podmiňuje produkci prolaktinu a oxytocinu, které mají mimo jiné kladný vliv na psychiku, přináší ženě uvolnění a podporují vazbu mezi matkou a dítětem. Přibližně 80 % žen se setká s poporodním blues, který má pouze mírné příznaky, avšak právě kojení může po psychické stránce napomoci lepšímu prožití šestinedělí (Binder, 2015).

Na zdraví matky má kojení také pozitivní dopad. U žen, které kojily, dochází k menší incidenci rakoviny prsu a vaječníků. Zajímavá v této oblasti je studie zkoumající ženy v jisté vesnici nedaleko Hongkongu. Tyto ženy měly neobvyklý zvyk kojit pouze

z pravého prsu. Vědci zkoumali jejich zdravotní stav a došli k závěru, že po menopauze měly ženy 4x vyšší riziko vzniku rakoviny v prsu, který neprošel laktací. Kojení je také preventivním faktorem před osteoporózou a lámavostí kostí v postmenopauzálním období (Gaskin, 2011). Matky s DM 2. typu mají snížená rizika spojená s tímto onemocněním (Bělohávková, Bronský, Burianová, 2014).

3.2 Význam kojení pro dítě

Kojení snižuje díky složení MM u dítěte výskyt infekcí a chrání dítě před zánětem nosohltanu, středouší a dutin i v jeho budoucím životě (v období okolo 6 let). Protein laktoferin blokuje růst bakterií *Escherichia coli*, *Salmonella* aj. a zamezuje tak průjmovým onemocněním (Pařízek, 2015 srov. s Binder, 2015). Mléko rovněž obsahuje aminokyseliny cystin, methionin a taurin, které jsou důležité pro rozvoj nervové soustavy. Výzkum novozélandských vědců prokázal, že děti, který byly kojené mají ve školním věku lepší schopnost učení (Binder, 2015). Kojení prokazatelně snižuje riziko alergií jako např. atopického ekzému, bronchiálního astmatu a celiakie (Pařízek, 2015). Jistý je i efekt kojení na snížení rizika civilizačních chorob – obezity, DM 2. typu, vysokého krevního tlaku, vysoké hladiny cholesterolu, Crohnovy choroby, revmatického onemocnění, autoimunitního onemocnění štítné žlázy atd. (Pařízek, 2015 srov. s Binder, 2015). Sání MM podporuje vývoj čelisti a obličejových svalů. Důležitý je protektivní vliv kojení na syndrom náhlého úmrtí dítěte, SIDS (Binder, 2015).

„Podle celosvětových údajů ze všech 10,9 milionu úmrtí dětí do 5 let jich zhruba 4 miliony umírají v prvním měsíci života. Kdyby všechny ženy začaly kojit v první hodině po porodu, zachránilo by to 1 milion novorozenců – riziko úmrtí se zvyšuje s větším oddalováním zahájení kojení.“ MUDr. Anna Mydlilová, vedoucí Národního laktačního centra, klade důraz na fakt, že pozdní zahájení kojení vede k 2,4krát vyššímu riziku úmrtí. Dle jejích slov se riziko úmrtí kojence zvyšuje i v případě podání jiné stravy před započtím kojení (Medical Tribune, 2011).

3.3 Význam kojení pro společnost

Kojení je zcela zdarma, přitom se jedná o velmi efektivní prevenci ve veřejném zdraví a sociální sféře. Jelikož má kojení protektivní účinek proti různým onemocněním, snižuje pochopitelně náklady na zdravotní péči. Kojení není však pouze ekonomicky výhodné, ale i ekologicky. Na jeho výrobu není třeba užití obalového materiálu čili nevytváří nadbytečný odpad. V neposlední řadě šetří energii a suroviny spojené s transportem a skladováním (Procházka a kolektiv, 2020).

4 Kojení ve spojitosti s Agendou pro udržitelný rozvoj 2030

Kojení je z ekonomického hlediska velmi účinná investice, kterou mohou země v zájmu veřejného zdraví učinit. Proto Světový týden kojení a Český týden kojení v roce 2017 vyzvaly k přijetí a podpoře klíčových strategií na podporu kojení, jako jsou např. posila iniciativy Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI), jež je složkou Globální strategie výživy kojenců a malých dětí z roku 2002, vzdělávání zdravotnického personálu i laiků, propagace laktačního poradenství a ochrana v době mateřství a právní ukotvení Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka (viz kapitola *Podpora kojení*). Ne nadarmo kdysi Keith Hanson ze Světové banky prohlásil: „*Kdyby kojení ještě neexistovalo, tak ten, kdo by ho dnes vymyslel, by si zasloužil dvojitou Nobelovu cenu: za medicínu a ekonomiku.*“ (Mydlilová, 2017).

V září 2015 byl přijat v rámci tzv. Agendy 2030 program 17 cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals – SDGs). Jedná se o obecná doporučení udržitelného rozvoje pro roky 2015-2030. Kojení je však s mnoho těmito cíli úzce spojeno a přispívá k jejich naplnění. Vláda České republiky přijala Agendu 2030 v dubnu 2017 a má 6 okruhů, téma kojení zde bohužel chybí (Mydlilová, 2017).

Valné shromáždění WHO poukázalo na významnou roli kojení v plnění těchto 17 cílů udržitelného rozvoje:

„*Cíl 1: Skončit s chudobou*“

Kojení předchází finančním nákladům spojených s pořizováním umělé výživy pro děti a s léčbou nemocných matek i dětí.

„*Cíl 2: Vymýtit hlad, zlepšit výživu*“

Mateřské mléko je jedinečná, vysoce kvalitní a bezpečná výživa, která poskytuje dostatek živin v prvních 6 měsících života. Po uplynutí 6 měsíců života, kdy by správně mělo docházet k podávání příkrmů, je kojení nadále velmi přínosným zdrojem živin.

„*Cíl 3: Zdraví a kvalitní život*“

Dlouhodobé kojení snižuje úmrtnost a nemocnost.

„*Cíl 4: Kvalita vzdělání*“

Kojení podmiňuje nárůst IQ o 3-4 body, u nedonošených dětí o 6-8 bodů. Tento aspekt může vést k lepším studijním výsledkům, eventuálně k lepšímu uplatnění v životě.

„*Cíl 5: Rovnost mužů a žen*“

Cílem je dosáhnout genderové rovnosti a posílit postavení všech žen.

„*Cíle 8, 10: Propagovat ekonomický růst a snížit nerovnosti*“

Kojení efektivně zvyšuje lidský kapitál. Šetří náklady na zdravotní péči, a to díky snížení výskytu onemocnění, potažmo léčeb a hospitalizací. Podpora mateřství a podpora žen v zaměstnání zvyšuje míru kojení o 30 % a posiluje tak rovnost ve společnosti.

„Cíle 6, 7, 12-15: Zajistit pitnou vodu, kanalizaci a hygienu, udržitelnou spotřebu a výrobu, zvýšit odolnost klimatu, chránit a udržitelně využívat oceány a suchozemské ekosystémy“

Mateřské mléko je nejekologičtější variantou dětské stravy, jelikož nečerpá přírodní zdroje a jeho vodní stopa je nulová. Na výrobu 1 kg sušeného mléka je potřeba 4700 l vody a vyprodukuje se 21,8 kg skleníkových plynů (CO₂). Další voda je následně nutná pro rozpuštění sušeného mléka a mytí pomůcek k přípravě umělé výživy. Na přípravu umělého mléka je spotřebováno palivo pro ohřívání stravy.

„Cíle 16, 17: Silné instituce, oživit globální partnerství pro udržitelný rozvoj“

K podpoře kojení je nutné aktivní zapojení vlády, funkční zdravotnictví a sociální politika.

(Mydlilová, 2017)

5 Výživa kojící ženy a kontraindikace kojení

5.1 Výživa kojící ženy

Kojení není spojeno s výrazným omezováním jídelníčku matky. Je však vhodné mít na paměti různá doporučení týkající se stravy. Výživa ovlivňuje totiž nejen ženské zdraví, ale prostřednictvím mléka ovlivňuje i výživu a zdraví miminka. Ideální jídelníček je složen z vyvážené stravy a obsahuje dostatek základních živin, především ty, které si tělo není schopno ukládat do zásob, jako vitaminy řady B, vitamin C, některé bílkoviny a minerály. Tvrzení, že žena jí za dva, není zcela korektní, jelikož nadměrný příjem energie může vést k obezitě, která je spojena s vyššími zdravotními riziky. V dnešní době není intolerance kravské bílkoviny raritou, a proto by kojící ženy neměly nadměrně konzumovat mléčné výrobky (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Nutno je dbát na dostatečný příjem tekutin. Ideální je vypít 3-4 dl po každém kojení, a navíc může žena pít dle potřeby. Je však žádoucí vyhýbat se ovocným džusům, které mohou miminku způsobit nadýmání či kožní problémy, nejsou vhodné ani perlivé nápoje a slazené limonády (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Čerstvé pečivo, luštěniny, zelenina jako květák, cibule, kapusta, ale i kynuté potraviny mohou vyvolat nadýmání nejen ženy, ale i miminka. (Dokoupilová, Gregora, 2021).

V průběhu těhotenství i kojení je doporučena denní suplementace jódu. Kojící ženy by měly užívat 200 µg jódu denně, případně jíst 2-3krát týdně ryby. Jód je prevencí onemocnění štítné žlázy a mozku dítěte (Dokoupilová, Gregora, 2021 srov. s Pařízek, 2015).

Kojení je možno podpořit konzumací teplých a sladkých jídel jako je např. pohanka, jáhly, oves a rýže. Čaj z fenyklu, anýzu a kmínu také podporuje laktaci (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Optimální variantou je se zcela vzdát návykových látek jako je např. kofein, alkohol a cigarety (i elektronické). Kofein může způsobit poruchy spánku u dítěte. V případě požití sklenky vína či malého piva je důležité vyčkat s kojením alespoň 2 hodiny. (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Kojící ženy by se neměly snažit o radikální hubnutí, jelikož všechny škodliviny odbourané s tukem přechází do mléka. Stejně tak je možný přechod kyseliny mléčné do mléka při náročném cvičení, což může vést ke kyselé chuti mléka a následnému odmítání prsu (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Stěžejní je však i nezapomínat na své duševní zdraví a dopřát si přiměřený pohyb a potraviny, které ženu chuťově uspokojují (Dokoupilová, Gregora, 2021).

5.2 Kontraindikace kojení

Absolutní kontraindikací kojení je u dítěte metabolické onemocnění galaktosémie (porucha metabolismu monosacharidu galaktózy obsažené v mléčném cukru), ze strany matky akutní tuberkulóza, infekce HTLV I/II (virus způsobující leukémii) a v rozvinutých zemích infekce HIV (Pařízek, 2015).

Částečnou kontraindikací kojení je výskyt fenylketonurie u dítěte. V tomto případě však záleží na individuální toleranci fenylalaninu. I jiná metabolická onemocnění je vhodné konzultovat s odborníky v metabolickém centru (Bělohávková, Bronský, Burianová, 2014).

Drogy, např. marihuana, kokain a heroin jsou kontraindikovány, mimo jiné nežádoucí dopady snižují tvorbu prolaktinu (Procházka a kolektiv, 2020).

Mohou nastat situace, kdy je kojení kontraindikováno pouze dočasně. V těchto případech matka mléko pouze odstříkává, čímž zároveň udržuje laktaci. Miminko mléko buďto vůbec nedostává nebo je znemožněn přímý přenos. V momentě, kdy se na prsu vyskytne herpes zoster, je možné kojit dítě z druhého prsu, z postiženého prsu je možno kojit až po zmizení léze. V případě, kdy matka onemocní planými neštovicemi 5 dnů před porodem či 2 dny po porodu, je pro dítě riziková a je nutné, aby byla po porodu od dítěte izolována do doby залéčení, zde je možné odstříkané mléko dítěti podávat. Při podstoupení diagnostických procedur zahrnujících radioaktivní izotopy většinou není třeba přerušit kojení, když ano, tak je doporučeno mléko před zákrokem odstříkat a uchovat ho na potřebnou dobu. Dočasnou kontraindikací je chemoterapie matky či onemocnění chřipkovým virem H1N1. Přerušit kojení je nutno i u konkrétních léků (viz dále) (Bělohávková, Bronský, Burianová, 2014).

Kontraindikacemi během kojení naopak není hepatitida A, B, C matky (Bělohávková, Bronský, Burianová, 2014). Žena se může potýkat se záněty prsu či abscesy, kdy není třeba kojení přerušit. Kojení je možné i během horečnatých stavů, nachlazení, průjmu a zvracení jak u matky, tak i dítěte. V mléku se totiž vyskytují protilátky proti těmto onemocněním a chrání miminko před přenosem dané choroby. V případě, že je miminko nemocné, tak kojení napomáhá rychlejšímu uzdravení (Poloková, 2020).

Je možné, že se žena dostane do situace, kdy bude muset přijímat léky. Většina léků prostupuje více či méně do MM, a proto je třeba vždy se poradit s lékařem či lékárníkem. Ideální je zvolit lék, při jehož užívání není třeba kojení přerušit. Nejvýhodnější jsou léky, které se užívají jednou denně, kdy je možné načasovat podání léku po posledním večerním kojení. Pokud je dávkování léku vícekrát denně, není doporučováno kojit v rozmezí od 1 do 3 hodin po podání léku. Eliminovat jde množství léku v mléce odstříkáním a zlikvidováním mléka 3 hodiny po podání léku (Belišová, 2013).

Léky, které jsou během kojení kontraindikovány jsou cytostatika, radiofarmaka, tyreostatika, antidepresiva (lithium) a námelové alkaloidy (Procházka a kolektiv, 2020).

Mezi léky relativně kontraindikovány patří ATB (chloramfenikol), sulfonamidy, hormony (estrogeny), diuretika, antiepileptika a sedativa. Tyto látky většinou účinkují na dítě v případech delšího užívání či vyšších dávek (Procházka a kolektiv, 2020).

Přípustné léky jsou např. bronchodilatancia, vitaminy, železo, antihistaminika, digoxin, inzulin, analgetika a salicyláty (Procházka a kolektiv, 2020).

6 Zásady a správná technika kojení

6.1 Zásady správného kojení

Prvním krokem pro úspěšné kojení je časné přiložení novorozence k prsu, optimálně do 30 minut po porodu, nejpozději však do 2 hodin (Jimramovský, Fuchs, 2011). Překážkou brzkého přiložení k matčinu prsu není ani nekomplikovaný císařský řez v regionální anestezii. Právě během prvních 2 hodin po porodu reaguje organismus ženy nejintenzivněji na stimulaci prsu sáním a vzestup oxytocinu a prolaktinu je mnohonásobně vyšší než u pozdějších přiloženích (Pařízek, 2015). V tomto období je opravdu důležitý raný a nepřetržitý kontakt kůže na kůži. Rutinní ošetření novorozence by se mělo odložit až na dobu po prvním samopřisátí k prsu (Mrowetz, Michaela a Marcela Peremská, 2013).

Na samotný rozvoj tvorby mléka má největší vliv četnost přikládání novorozence k prsu. Čím častěji je dítě přikládáno, tím více se mléka tvoří (Pařízek, 2015). K podpoře tvorby MM je nutné kojit i v noci, kdy je hladina hormonu prolaktinu nejvyšší. Dále mohou napomoci i homeopatika a byliny jako např. pískavice řecká a benedikt lékařský (Procházka a kolektiv, 2020). Během novorozeneckého období je důležité neomezovat délku a frekvenci kojení. Zprvu se kojí cca 10-12krát denně, postupem času se toto ustálí na frekvenci 7-8krát denně, z čehož 2 kojení probíhají v noci. Po třech měsících novorozenec většinou vyžaduje pouze jednu noční dávku. Než dojde k plnému rozvinutí laktace, kojíme během jednoho kojení z obou prsů. Poté je vhodné prsa střídát, takto je zajištěn dostatečný prostor pro tvorbu mléka do dalšího kojení (Pařízek, 2015). V případě, že dítě trpí na horečku je vhodné kojit častěji a kratší dobu, jelikož přední mléko lépe uhasí žízeň (Jimramovský, Fuchs, 2011).

Počet ani délka kojení však není zcela rozhodující a je důležité kontrolovat, zdali dítě saje a mléko skutečně polyká. Miminko bývá u prsu často i z jiných důvodů jako je např. potřeba zahřát se, uklidnit se, být v kontaktu s matkou, regulovat dýchací i srdeční činnost apod. Není nutné novorozence budít v přesném intervalu uplynulém od posledního kojení. Optimální je naučit se rozeznávat signály, kterými dítě dává najevo zájem o kojení. Mezi tyto signály patří otáčení hlavičky, otevírání pusinky, snaha o sání vlastní ručičky, částí těla matky či okolních předmětů, sací pohyby úst, nespokojenost a grimasy tváře předvídací pláč. Pláč je však považován za pozdní příznak zájmu dítěte o kojení. K určení, zdali miminko vypilo dostatek mléka slouží různé metody. Pouhé vážení dítěte není v prvních dnech po porodu zcela spolehlivé a může dojít k podhodnocení či nadhodnocení až o 30 ml vypitého mléka. Spolehlivější je tuto metodu zkombinovat s pozorováním kojení. To, že miminko saje, nemusí znamenat, že skutečně MM pije. Občas i pohyby ušima a hlasité polykání nezaručují, že dítě opravdu MM přijímá. Zaručeným indikátorem získávání mléka je pohyb brady, kdy při polykání mléka brada dítěte poklesne dolů, zastaví se a vrátí se zpět. Čím je pauza delší a pokles brady nižší, tím víc mléka bylo vypito (Poloková, 2020).

Používání dudlíků a kojeneckých lahví se savičkou poškozuje správnou techniku sání, a proto je v případě dokrmování vhodné využívat jiné alternativní metody (viz dále) (Bělohávková, Bronský, Burianová, 2014).

V případě, že si dítě po kojení neodřihne do pěti minut, je žádoucí ho položit na bok, aby nedošlo k aspiraci vyvráceného mléka. V období kojení svého dítěte je vhodné dbát na správnou hygienu, není však třeba nadměrně mýt a dezinfikovat prsa, toto vede k narušení přirozené vůně, která napomáhá dítěti naleznout prs (Jimramovský, Fuchs, 2011).

6.2 Správná technika kojení

Jedná se o soubor zásad, které je důležité dodržovat již od prvního přisátí miminka k prsu. Těmito zásadami podpoříme efektivní a bezbolestné kojení (Dokoupilová, Gregora, 2021).

6.2.1 Správná poloha matky a dítěte

Vždy se přikládá dítě k prsu, nikdy prs k dítěti. Dítě se pokládá na bok a nohy, břicho, hrudník i obličej směřují k matce. Ucho, rameno a kyčle miminka se nachází ve stejné linii. Je třeba dávat pozor, aby mezi matkou a dítětem nebyla žádná překážka. Dítě není k matce přitahováno za hlavičku, pouze za ramena, krk a záda. Dítě není drženo pod krčkem, ale kolem hlavičky, prsty však nepřesahují spojnici mezi oušky dítěte. Brada, tvář a nos se dotýkají prsu (Dokoupilová, Gregora, 2021).

6.2.2 Správné držení prsu a nabízení prsu dítěti

Před započítím kojení je třeba se ujistit, zdali je dítě čelem k prsu a ústa miminka směrem k bradavce. Miminko by při přikládání nemělo plakat. Prs držíme zeshora palcem a zespoda čtyřmi prsty. Poté se miminku přejeđe bradavkou přes spodní ret a v moment, kdy plně otevře ústa, se přiloží k prsu. Hlavní snahou je, aby dítě uchopilo bradavku a co největší část prsního dvorce, toto je prevencí trhlinek na bradavce (Dokoupilová, Gregora, 2021).

6.2.3 Správné přisátí dítěte

Správně sající dítě má doširoka rozevřená ústa a dolní část rtu je ohrnuta ven. Jazyk je stočený do pohárku a přesahuje spodní ret, je tedy viditelný. Přisátí není pro matku bolestivé (Dokoupilová, Gregora, 2021). Dochází ke stláčení dvorce dásní a protáhnutí bradavky do zadní části dutiny ústní. Takto je mléko posunováno směrem k bradavce. Jazyk vykonává vlnovitý pohyb zepředu dozadu a posunuje tak bradavku i dvorec na horní patro, kde tlakem jazyka dochází k vypuzení mléka a vtlačené mléko je následně polknuto (Procházka a kolektiv, 2020).

6.2.4 Správné sání dítěte z prsu

Dítě zpočátku saje krátkými tahy, aby stimulovalo LDR matky a později se sací pohyby zpomalí. Viditelné jsou pravidelné pohyby ucha a čelisti. Po každém sacím pohybu je slyšitelné jemné polknutí. Hlasité zvuky při polykání nejsou žádoucí, jelikož svědčí o polykání vzduchu. Dítěti nesmí vpadávat tváře (Dokoupilová, Gregora, 2021 srov. s Procházka a kolektiv, 2020).

6.3 Polohy při kojení a doplňky ke kojení

Polohy při kojení, které se využívají jsou: poloha vleže, poloha vleže na zádech, poloha vsedě, fotbalové boční držení, poloha tanečnicka, v polosedě s podloženýma nohama atd. (Procházka a kolektiv, 2020 srov. s Pařízek 2015).

Kojení je přirozený proces, během kterého si matka a dítě vystačí samy. Existují však pomůcky, které mohou mnoho situací zjednodušit (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Kojicí klobouček je možno použít v případě problematického přisávání dítěte k prsu. Použití kloboučku by mělo být indikované. Jsou však situace, kdy se dítě nakojí pouze přes klobouček a zde je již adekvátní jeho použití. Kojicí bavlněná podprsenka a vložky do podprsenky jsou ideální ochranou a podporou pro bradavky a prsa. Odsávačky MM jsou vhodné pro situace, kdy je nutné stimulovat laktaci, např. z důvodu předčasně narozeného či nemocného novorozence nebo naopak při retenci mléka, jeho nadbytku nebo pro vytvarování bradavky. Je možno odsávat i ručně. V dnešní době jsou však častěji využívány elektrické odsávačky či manuální odsávačky. Kojicí polštář je v současné době také velmi oblíbený. Má tvar podkovy a podmiňuje pohodlnou a stabilní polohu miminka při kojení (Dokoupilová, Gregora, 2021).

6.4 Prospívání dítěte

Po narození se dítěti mění obsah a rozložení vody v jeho těle, a proto primárně ubývá na váze. Kojené dítě dosahuje své porodní váhy až v období 2.-3. týdne života. Zdali dítě prospívá, může matka zjistit dle vylučování dítěte. Dostatečně kojené dítě pomoci 6-8 plen denně a prvních šest týdnů života vylučuje 3-6 stolic za den s nadcházející možnou několikadenní absencí stolice (Mydlilová, 2015). Udává se, že kojeneček by měl vypít 150-180 ml mléka na kilogram své tělesné hmotnosti denně. Toto množství je pouze orientační, kojeneček může mít období, kdy pije více a kdy zase méně. Pokud kojeneček nabírá, má dostatečné množství pomočených plen a není dehydratovaný, tak není třeba zasahovat (Jimramovský, Fuchs, 2011).

Průměrný přírůstek během prvního půl roku života se pohybuje od 125 g do 200 g týdně (Bělohávková, Bronský, Burianová, 2014). Obecně řečeno dítě v půl roce zdvojnásobí svou porodní váhu a v prvním roce ztrojnásobí. Období 3. a 6. týdne života označuje tzv. růstové spurty, kdy dochází k růstovému zrychlení a je vyžadováno častější kojení (Mydlilová, 2015).

7 Nejčastější komplikace při kojení a jejich řešení

7.1 Dítě odmítá přisátí

Některé děti jsou v prvních 24 hodinách po narození spavé, uplakané či opakovaně zvrací plodovou vodu. Tyto aspekty vedou k odmítání prsu. Na místě je trpělivost a časté příkládání. Stav miminka se většinou po uplynutí prvního dne upraví a tyto problémy zmizí. Důvodem spavosti dítěte může být i novorozenecká žloutenka (Dokoupilová, Gregora, 2021).

7.2 Bolestivé přisátí

Zde je nutné upravit techniku kojení. Bolestivé přisátí může být způsobeno mělkým uchopením prsu v ústech novorozence, což může dát vzniku poranění bradavky (Dokoupilová, Gregora, 2021).

7.3 Bolest prsou

Jedná se o bolestivé vnímání „těžkosti“ a plnosti prsu (Dokoupilová, Gregora, 2021). Iniciální otok prsu se projevuje obvykle 2.-4. den po porodu. Jedná se o fyziologický proces, jenž svědčí o počáteční tvorbě MM. Management spočívá v častém příkládání střídavě k jednomu a poté k druhému prsu ve správné poloze a při správném držení prsu. Po uplynutí 10. dne po porodu jsou většinou již prsa měkká i přesto, že jsou naplněná. Je však nutné odlišit toto fyziologické nalití prsou od „přeplnění prsů“ (engorgement). Tento závažný stav nastává, když se prsa nedostatečně vyprazdňují nebo v případě, kdy se prsa nevyprazdňují často a pravidelně (Procházka a kolektiv, 2020).

V případě otoku je nutné jej rozmasírovat směrem od bradavky nahoru a nosit podprsenku (Procházka a kolektiv, 2020). Při silné bolesti je možné aplikovat Paralen či nasální oxytocinové kapky k uvolnění napětí prsu (Dokoupilová, Gregora, 2021).

7.4 Komplikované přiložení k nalitému prsu

Dvorce nalitých prsou bývají oteklé a přeplněné, proto je potřeba tento prs odsát a vytvarovat bradavku odstříkáním mléka. Ručně je možné odstříkat pomocí palce a ukazováku, které uchopí bradavku tak, aby vytvořily písmeno C a stlačují bradavku, až začne mléko vytékat. Zbytek ruky přidržuje prs. Častěji se využívá elektrická či manuální odsávačka. V případě, kdy překrvení a otok mléčné žlázy brání odtoku mléka je vhodné použít několikahodinový studený obklad. Před samotným kojením či odstříkáním pomáhá k uvolnění mléka prohřátí prsou a masáž krouživým pohybem prstů (Dokoupilová, Gregora, 2021).

7.5 Vpáčené bradavky

Pokud má žena vpáčené bradavky, které není možné vytvarovat manuálně ani pomocí tzv. formovače, je možné přistoupit na kojící klobouček. Jeho nevýhodou je zamezení přímého kontaktu úst dítěte a prsu, což může zabraňovat rovnoměrnému vyprázdnění prsu a také předávání imunologicky důležitých částic. Také narušuje tvorbu mléka a působí negativně na techniku kojení (Dokoupilová, Gregora, 2021 srov. s Pařízek, 2015).

7.6 Bolestivé trhlinky bradavek

Trhlinky, ragády, bývají způsobené špatnou technikou kojení. Je nutné klást důraz na správnou techniku kojení již během prvního přiložení. Hojení trhlinek je možné urychlit potřením dvorce a bradavky mateřským mlékem, hojivými mastmi či hydrogelovými polštářky, které udržují bradavku optimálně hydratovanou. Nekomplikované ragády se hojí do pár hodin či dnů. V případě, že nedochází ke zlepšení do tří dnů od výskytu problému, je třeba pátrat po kvasinkovém původu (Dokoupilová, Gregora, 2021).

Úlevou od bolesti poraněné bradavky může být umístění prasklinky do koutku úst dítěte. Před kojením je dobré stimulovat uvolnění mléka teplým obkladem a při kojení prvotně nabízet nepoškozený prs. Prevencí ragád je také zasunutí malíčku za vnitřní koutek úst dítěte během ukončení kojení, dítě se pak samo pustí. Po kojení je optimální nechat bradavky oschnout a následně vložit chrániče bradavek (Dokoupilová, Gregora, 2021).

7.7 Mastitida

Mastitida je zánět mléčné žlázy, ke kterému dochází nejčastěji během 3. týdne od porodu nebo v situacích, kdy je omezena frekvence kojení. Prs je na pohmat teplý a bolestivě zduřelý. Zánět je provázen horečkou nad 38 °C, třesavkou a je zapříčiněn infekcí, nejčastěji způsobenou zlatým stafylokokem. Management mastitidy je aplikace antibiotik či podpůrná opatření jako např. studené obklady mezi kojením a teplé před kojením, časté kojení z postiženého prsu a uvolnění prsního dvorce odstříkáním před kojením. V případě mastitidy je důležité kojit prvotně z postiženého prsu, měnit při kojení polohy a směřovat bradičku dítěte k bolestivému místu. Možné je použití analgetik, neboť běžné dávky paracetamolu a ibuprofenu výrazně neprostupují do MM (Pařízek, 2015). Domácí prostředek proti zánětu prsu je nízkotučný tvaroh. Na prsy se natírá 1 cm silná vrstva tvarohu a po zaschnutí se oplachuje (Iburg, 2009).

7.8 Retence mléka

Retence mléka se také projevuje zvýšenou teplotou či horečkou a bolestivým zduřením prsu. Jedná se o ucpání mlékovodu a jakmile se podaří prs vyprázdnit, problémy ustanou. V případě retence mléka pomáhají studené obklady mezi kojením a teplé těsně před kojením, formování ploché bradavky odstříkáním mléka před kojením, kojení, během kterého je brada dítěte umístěna u postiženého místa a časté změny polohy při kojení, vhodnou polohou je fotbalová. Teplota ani antibiotika nejsou důvodem k vynechání kojení (Dokoupilová, Gregora, 2021).

7.9 Plísňová infekce

Infekce prsu plísní se projevuje pálením a svěděním v oblasti dvorce nebo bradavky. Kůže je napjatá, zarudlá a může se odlupovat. Management této infekce je aplikace protiplísňových mastí, dostatečná hygiena a častá výměna vložek v podprsence (Pařízek, 2015).

7.10 Problémy s množstvím mateřského mléka

U žen může po propuštění z porodnice nastat krizové období, kdy má žena pocit, že nedisponuje dostatečným množstvím mléka. Proto je třeba ženě vysvětlit mechanismus

nabídky a poptávky při tvorbě mléka a pěstovat v ženě sebedůvěru a trpělivost (Binder, 2015).

Je nutné zdůraznit, že skutečným, hormonálně způsobeným nedostatkem MM trpí pouhá 2-3 % žen. Nedostatek mléka je způsoben spíše špatnou technikou kojení, zavedením příkrmů či jiných tekutin již v prvním půl roce života dítěte, používáním šidítek, lahví se savičkou, medikací nebo stresem, který může omezovat LDR. V případě, že má dítě nedostatečný příjem MM, má málo pomočených plen, stolice je hlenovitá a dítě je celkově neklidné či naopak může být spavé (Binder, 2015).

Problém se spouštěním LDR je poměrně častý. Mléko se tvoří, ale jeho uvolnění z alveolů je omezené. Příčinou této inhibice může být již zmíněný stres, vyčerpání, bolest a další psychické faktory. Tento reflex je možné uvolnit pomocí masáže prsu spirálovitými pohyby od báze k bradavce, natřásáním prsů v předklonu, teplou sprchou či obkladem, drážděním bradavek jemnými pohyby apod. (Binder, 2015).

Nadbytek mléka se vyskytuje v počátcích kojení, kdy se dítě při sání mléka zalyká, odtahuje se od prsu a v koutcích úst je mléko viditelné. Následně trpí dítě častějším návratem žaludečního obsahu (Binder, 2015).

8 Alternativní metody dokrmování, zásady zavádění příkrmu a ukončení kojení

8.1 Alternativní metody dokrmování

V případě, kdy je nutné dítě dokrmit odstříkaným mlékem, nepoužíváme lahev se savičkou, jelikož sání lahve vyžaduje jinou techniku nežli sání z prsu. Sání z lahve je pro dítě jednodušší, což může vést k následnému odmítání prsu. Mléko primárně ohříváme ve vodní lázni (Binder, 2015). Ideální je dítě dokrmit pomocí lžičky, ze stříkačky po prstu, pomocí cévky po prsu či pomocí kádinky (Haráková, 2008).

8.2 Zásady zavádění příkrmu

Do 6. měsíce života splňuje MM všechny potřeby pro růst a prospívání dítěte. Ukončením 6. měsícem však začíná období, kdy je vhodné zavádět k MM příkrm. Nejedná se tedy o náhradu MM, ale pouze o doplněk (Mydlilová, 2015).

Z praktického hlediska je ideální zprvu dítě krátce nakojit a následně nabídnout pár lžiček rozmělněné potravy. Dítě se dokrmuje optimálně lžičkou nebo z hrníčku. Příkrm je dítěti podáván až do zadní části úst. Počet denních příkrmů se orientačně pohybuje okolo 2-3 příkrmů denně v 6-8 měsících, 3-4 příkrmů denně během 9-11 měsíců a v období 12-24 měsíců se podávají 3 hlavní jídla a 2 svačiny (Mydlilová, 2015).

Během zavádění příkrmů není třeba se striktně vyhýbat potravinám vyvolávajícím alergie ani obsahujícím lepek. Není prokázán vliv omezení těchto potravin na rozvoj alergických onemocnění. Primárně je zaváděn příkrm zeleninový, následně ovocný a později potraviny obsahující lepek. Zavádí se vždy pouze jedna potravina, aby bylo možné sledovat případnou nežádoucí reakci na tento pokrm. Pokud nastane nežádoucí reakce, je nutné tuto položku ze stravy na týden vyřadit a zkusit zakomponovat do příkrmu později (Mydlilová, 2015).

8.3 Ukončení kojení

Každá žena by se měla o ukončení kojení rozhodnout sama, a především zhodnotit důvody i termín odstavení. Odstavení by mělo být nenásilné, mělo by se uskutečňovat postupně a v momentě, kdy je na něj připravena jak matka, tak dítě (Mydlilová, 2015).

Zprvu je vhodné vynechat jedno z denních kojení, o které dítě nejvíce zájem. Ze strany ženy to bude kojení, při kterém má žena nejméně nalitá prsa. Pokud dítě neprojevuje výrazné známky nespokojenosti, tak se během prvního týdne vyřadí další z denních kojení a v následujícím týdnu se vynechá i poslední kojení. Pokud probíhá odstavování postupně, většinou se nevyskytují problémy s prsy. Pokud však vyskytuje napětí prsou, stačí mléko odstříkat. V případě, kdy dojde k náhlému odstavení kojení, není třeba prsy stahovat, stačí ledovat a do úlevy odstříkávat, eventuelně mírnit bolest paracetamolem. Léky k zástavě laktace musí být indikovány lékařem (Mydlilová, 2015).

9 Podpora kojení

Podpora a ochrana kojení by měla být zájmem nejen jednotlivce o individuální zdraví, ale především i zájmem veřejného zdraví (Peřina, Kaňová, 2017).

9.1 Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) a Deset kroků úspěšného kojení

WHO a UNICEF založily roku 1991 celosvětovou iniciativu pro podporu kojení. Jedná se o iniciativu Baby-Friendly Hospital (dále jen „BFH“), jejímž cílem je zvýšit počet dětí, které jsou přirozeně kojeny mateřským mlékem, a naopak snížit množství dětí krmených umělou výživou. O status BFH se může ucházet každá porodnice v České republice, je však nutné, aby v praxi splňovala „Deset kroků úspěšného kojení“ (Fendrychová, 2021). WHO vyzvala všechna zařízení poskytující služby v oblasti porodnictví a neonatologie po celém světě, aby zavedla do praxe následujících „Deset kroků“ (*Ten steps to successful breastfeeding*, © 2022).

1. a „*Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a příslušná usnesení Světového zdravotnického shromáždění (WHA).*“

1. b „*Mít písemně vypracovanou strategii výživy kojenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.*“

1. c „*Zavést systémy průběžného monitorování a správy dat.*“

2. „*Postarat se o to, aby zaměstnanci měli dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti pro podporu kojení.*“

3. „*Diskutovat o významu a praktickém zvládnutí kojení s těhotnými ženami a jejich rodinami.*“

4. „*Zajistit okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky v tom, aby kojení zahájily co nejdříve po porodu.*“

5. „*Podporovat matky v zahájení a udržování kojení a ve zvládnutí běžných obtíží.*“

6. „*Nedávat kojenným novorozencům žádné jiné 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 propuštění tak, aby měl rodič s dítětem včasný přístup k průběžné podpoře a péči.*“

(*10 kroků k úspěšnému kojení*, 2018).

9.2 Podpora kojení v současné době

V České republice zajišťuje podporu kojení především WHO a UNICEF. Důležitou roli hraje i Ministerstvo zdravotnictví (Dvořáková, 2020). Neopomenutelnými v podpoře kojení jsou profesní organizace porodních asistentek v ČR. Mezi takovéto organizace patří: Česká společnost porodních asistentek (ČSPA), Česká komora porodních asistentek (ČKPA) a Unie porodních asistentek (UNIPA) (*Profesní organizace porodních asistentek*, 2021).

Mezinárodní profesní organizace zastupují International Confederation of Midwives (ICM) - Mezinárodní konfederace porodních asistentek a European Midwives Association (EMA) - Evropská asociace porodních asistentek (*Profesní organizace porodních asistentek*, 2021).

Do dalších mezinárodních organizací věnujících se ochraně kojení spadá např. IBFAN (International Baby Food Action Network, WABA (World Alliance for Breastfeeding Action, jež každoročně zahajuje Světový týden kojení), ABM (Academy of Breastfeeding Medicine), ILCA (International Lactation Consultant Association) a LLLI (La Leche League International) (Dvořáková, 2020).

Stěžejní oblasti v podpoře zdraví jsou prenatální poradny, porodní sály, novorozenecká oddělení, oddělení šestinedělí, laktační poradenství, péče komunitních porodních asistentek a praktických lékařů pro děti a dorost, BFHI, Laktační liga, banky mateřského mléka (v ČR jsou pouze 4 banky MM) a osvěta veřejnosti (Dvořáková, 2020).

Nedílnou součástí podpory a propagace kojení je nezisková organizace Laktační liga založená MUDr. Annou Mydlilovou. Hlavním konceptem ligy je poskytovat konzultační a poradenské činnosti pro kojící ženy i zdravotníky. Provozuje Laktační centrum, Národní linku kojení a zajišťuje i různá školení včetně školení laktačních poradců a školení o výživě a péči o novorozence. Vydává letáky, brožury a časopis Mamita. Laktační liga také kontroluje dodržování mezinárodního Kodexu marketingu náhrad mateřského mléka (Dvořáková, 2020). Cílem tohoto Kodexu je ochrana kojení před nevhodným marketingem náhrad MM, kojících láhví a dudlíků. Snahou kodexu je zajistit použití náhrad MM pouze v indikovaných případech. Problém tkví v tom, že současná ekonomie má snahu o maximalizaci svého vlastního zisku a marketing umělé výživy má přímý, a především negativní vliv na snahu matek kojít. Reklama na umělou výživu narušuje zákonné nároky určené Úmluvou o právech dítěte. ČR sice Kodex přijala, ale není právně vymahatelný, a proto je jeho dodržování spíše v rukou morální odpovědnosti (Chvílová-Weberová, 2014).

10 Socioekonomický status a jeho vliv na délku kojení

10.1 Srovnání národních průzkumů o kojení podle vzdělání matek v Evropě

Členské státy WHO uzavřely dohodu o šesti globálních cílech týkajících se výživy. Jedním z cílů je zvýšit míru výhradního kojení (exclusive breastfeeding, dále jen „EBF“) v prvních 6 měsících alespoň na 50 % do roku 2025. Dalším cílem je zastavit nárůst dětské nadváhy. Kojenci, kteří jsou živeni převážně umělou výživou mají 2,5krát vyšší pravděpodobnost obezity ve dvou letech ve srovnání s těmi, kteří byli prvních 6 měsíců výlučně kojeni. Ukončení EBF před 4. měsícem opět zvyšuje riziko dětské nadváhy. Prevalence obezity je vyšší u rodin s nízkým socioekonomickým statutem (dále jen „SES“) ve srovnání s rodinami s vysokým SES. Obézní matky čelí více překážkám při kojení (Sarki, Parlesak, Robertson, 2019).

Roku 2018 bylo poprvé zveřejněno srovnání národních průzkumů o kojení podle vzdělání matek v Evropě. Cílem této studie bylo porovnat míru kojení v celé Evropě na základě vzdělání matek a zjistit, jaký podíl dosáhne alespoň 50 % EBF v 6. měsíci (Sarki, Parlesak, Robertson, 2019).

Srovnání se uskutečnilo sekundární analýzou dat o kojení z národních studií členských států EU, Norska a Islandu, které byly publikovány v letech 2006-2016. Vzdělání je členěno na nízké vzdělání, střední vzdělání a vysoké vzdělání. Vzdělání matek představovalo úroveň SES. U jedné třetiny zemí (včetně České republiky a Slovenské republiky) nebyla zjištěna míra kojení dle úrovně vzdělání. Účastníky byli matky a jejich potomci ve věku 0-12 měsíců (Sarki, Parlesak, Robertson, 2019).

Údaje o míře EBF po 4 a 6 měsících byly nalezeny pouze v 6 zemích. Po 6 měsících byly míry EBF 49 % na Slovensku a 44 % v Maďarsku nejbliže cíli WHO. Ve 4 měsících měly matky s vysokou úrovní vzdělání v Dánsku, Nizozemsku a Německu nejvyšší míru EBF (71, 52 a 50 %). U matek s nízkým vzděláním bylo méně pravděpodobné, že zahájí kojení a ukončení kojení nastalo brzy (Sarki, Parlesak, Robertson, 2019).

Celkově lze shrnout, že evropské matky s nízkým vzděláním méně zahajují kojení a vyskytuje se u nich kratší doba trvání EBF než u matek s vyšším vzděláním. Evropské státy by se měly více zaměřit na ochranu, podporu a propagaci kojení, zejména u matek, které mají pouze povinné vzdělání (Sarki, Parlesak, Robertson, 2019).

Vzhledem k nedostatku publikovaných studií srovnávajících míru kojení napříč socioekonomickými skupinami se doporučuje shromáždit a porovnat stávající údaje z každého členského státu EU o prevalenci kojení a postupech při doplňkové výživě. Kojení zajišťuje zdravotnický přínos pro ženu i kojence, proto nízká míra kojení v rodinách s nízkým SES může mít za následek zvýšení nerovností v oblasti zdraví (Sarki, Parlesak, Robertson, 2019).

10.2 Vzdělávání matek v souvislosti s kojením: trendy v 81 zemích s nízkými a středními příjmy v letech 2000 až 2019

Díky investicím do politických programů pro zlepšení kojení došlo k celosvětovému pokroku. Celosvětová míra výlučného kojení v prvním půl roce života dítěte vzrostla z 33 % z roku 1995 na 42 % v roce 2018. Je třeba posuzovat pokrok nejen na souhrnné globální úrovni, ale především v rámci jednotlivých států. V zemích s nízkými a středními příjmy kojí ženy s nízkým SES déle než ženy s vysokým SES. Naopak v zemích s vysokými příjmy se tento trend zdá být opačný. Na základě toho byly zkoumány trendy v kojení a užívání umělé novorozenecké výživy podle vzdělávání matek v zemích s nízkými a středními příjmy za téměř dvě desetiletí (Neves, Barros, Gatica – Domínguez et al., 2021).

Výsledky této studie ukázaly, že ve všech kategoriích vzdělání došlo k významnému zvýšení prevalence časného zahájení kojení i výlučného kojení. Zahájení časného kojení bylo však výraznější u žen bez formálního vzdělání, zatímco výlučné kojení převažovalo u žen s vyšším vzděláním. U žen bez formálního vzdělání nastal pokles prevalence kojení v 1. a 2. roce. Až na výjimky je používání umělé novorozenecké výživy vyšší u žen s nejvyšším vzděláním ve všech krajích (Neves, Barros, Gatica – Domínguez et al., 2021).

Závěry jsou takové, že v průběhu této studie se u žen bez formálního vzdělání zhoršily ukazatele kojení ve srovnání s ženami s primárním, sekundárním či vyšším vzděláním. Jinými slovy děti žen bez formálního vzdělání budou s největší pravděpodobností vystaveny vyššímu riziku nemoci a úmrtnosti. Dalším zjištěním je, že zatímco časné zahájení a výlučné kojení se obecně zvýšily, není tomu tak v případě pokračujícího kojení v 1. a 2. roce. Proto je nutná zvýšená podpora těchto praktik (Neves, Barros, Gatica – Domínguez et al., 2021).

10.3 Výsledky dalších studií

Roku 2007 byla zveřejněna švédská prospektivní kohortová studie týkající se vlivu socioekonomického statusu na délku kojení u matek předčasně narozených a donošených dětí. Ve Švédsku je vysoká frekvence kojení (98 % všech kojenců je ve věku 1 týden kojeno a 72 % ve věku 6 měsíců). Navíc je Švédsko zemí s nízkou mírou nezaměstnanosti, nízkou příjmovou nerovností a bezplatným přístupem ke zdravotní péči o dítě. Výsledky ukázaly, že socioekonomické faktory jako úroveň vzdělání matky, podpora nezaměstnaných matek, sociální zabezpečení a ekvivalentní disponibilní příjem domácnosti byly při individuálním zkoumání u matek předčasně narozených a donošených novorozenců výrazně spojeny s kojením. Tyto faktory byly posuzovány společně z důvodu lepšího představení SES. Závěr je takový, že ve Švédsku, i přes jeho kvalitní systém sociální podpory a pozitivní tradici kojení, má SES jednoznačně dopad na délku kojení (Flacking, Nyqvist, Ewald, 2007).

Australská prospektivní kohortová studie zveřejněná roku 2016 zkoumala roli socioekonomického postavení a parity při zahájení a udržení kojení po dobu 6 měsíců. U žen s nízkým vzděláním se zvýšila pravděpodobnost, že nezahájí kojení u svého prvního dítěte ani u těch dalších (1,5-2krát vyšší pravděpodobnost než ženy s vyšším vzděláním).

Ženy s nízkým vzděláním měly větší riziko, že nebudou kojit po dobu 6 měsíců. Ženy s vyšším vzděláním oproti ostatním kojily všechny své děti po dobu alespoň 6 měsíců (Holowko, Jones, Koupil et al., 2016).

Indonéská studie vydaná roku 2021 opět potvrdila vliv dosaženého vzdělání matky na výlučné kojení. Matky, které absolvovaly základní školu měly 1,167krát vyšší pravděpodobnost, že budou vykonávat výlučné kojení než matky, které žádnou školu neabsolvovaly. Matky, které mají nižší střední školu měly 1,203krát vyšší šanci a ženy s ukončenou střední školou měly 1,177krát vyšší šanci výlučného kojení. Matky, které absolvovaly terciární vzdělání měly 1,203krát vyšší šanci výlučného kojení oproti ženám bez vzdělání (Laksono, Wulandari, Ibad et al., 2021).

Jedna ze studií také potvrdila vliv socioekonomického postavení otců a otcovské dovolené na délku kojení. Nižší pravděpodobnost kojení měli kojenci, jejichž otcové měli nižší úroveň vzdělání, pobírali podporu v nezaměstnanosti, měli nižší příjem nebo nenastoupili na otcovskou dovolenou. Což prokazuje, že vyšší zapojení otců během prvního roku života dítěte je v rámci kojení výhodné (Flacking, Dykes, Ewald, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

11 Cíle práce a stanovení výzkumných hypotéz

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, zdali má socioekonomický status vliv na délku kojení. Socioekonomický status je v této práci zastoupen dosaženým stupněm vzdělání ženy.

Kojení je velmi důležitým determinantem zdraví matek a jejich potomků. Sklon ke kojení je možno považovat za indikátor přístupu ženy ke zdraví. Tento přístup ke kojení může dle mnoha zahraničních studií souviset se sociálními podmínkami. Abychom pomohli identifikovat ženy, u kterých může být méně pravděpodobné, že budou splňovat výživová doporučení kojenců, zkoumali jsme roli socioekonomického statusu v období prvních pěti měsíců od narození dítěte. Účelem poznání je zdokonalit a individualizovat péči o ženy v oblasti kojení a soustředit se na znevýhodněné skupiny žen.

Mimo zkoumání asociace mezi dosaženým vzděláním ženy a průběhem kojení je žádoucí zmapovat spolupráci žen při vyplňování dotazníkového šetření mezi jednotlivými skupinami, vliv způsobu porodu na formu kojení a nejčastější důvody ukončení kojení.

11.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda má dosažené vzdělání vliv na formu kojení v průběhu prvních 5 měsíců od narození dítěte.

11.2 Výzkumné hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že v období 14 dnů po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že v období 1. měsíce po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že v období 3. měsíce po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy.

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že v období 5. měsíce po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy.

12 Metodologie výzkumu

V praktické části se na základě stanoveného cíle a hypotéz pokusíme získat a analyzovat data prospěšná pro vývoj péče v oblasti kojení.

12.1 Metody sběru dat

Jedná se o prospektivní sběr dat uskutečněný pomocí kvantitativního šetření, které probíhalo v období od července 2021 do března 2022.

Proces sběru dat byl započat přijetím respondentek do výzkumu. Výběr žen do sledovaného souboru proběhl po konzultaci s etickou komisí a po udělení povolení o dotazníkovém šetření od perinatologického centra (viz *Příloha 7*). Výběr respondentek se uskutečnil na odděleních šestinedělí perinatologického centra a probíhal v období od července 2021 do října 2021. Ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí byly primárně dotazovány na datum narození dítěte, gestační stáří v den porodu, paritu, způsob porodu a dosažený stupeň vzdělání. Pokud byla žena vhodnou adeptkou pro tento výzkum, vyplnila informovaný souhlas o účelu dotazníkového šetření (viz *Příloha 8*) a sdělila mi svou e-mailovou adresu a telefonní číslo, které sloužily pro následující průběh výzkumu. Ženám bylo vždy uděleno identifikační číslo, které zajistilo anonymitu při sběru dat, ale zároveň umožnilo identifikovat výše zmíněná kritéria týkající se ženy a porodu.

Na platformě Survio byly zrealizovány 4 dotazníky, které byly ženám následně periodicky zasílány skrz elektronickou poštu e-mail. První dotazník byl ženám odeslán 14. den po porodu, druhý dotazník 1. měsíc po porodu, třetí dotazník 3. měsíc po porodu a poslední dotazník ženy vyplnily 5. měsíc po narození dítěte. Primárním záměrem bylo zmapovat období stěžejních 6 měsíců po porodu dítěte, avšak toto nebylo z důvodu omezeného času pro zpracování praktické části bakalářské práce možné. Dotazník se skládal převážně z uzavřených otázek a v menším počtu zde figurovaly otázky otevřené.

Pokládání otázky:

1. Jaká byla váha miminka po narození?
2. Jaká byla váha miminka v den propuštění z porodnice?
3. Jaká je současná váha Vašeho miminka?
4. Vaše miminko je v současné době:
 - a) plně kojeno
 - b) částečně kojeno s dokrmem – napište, prosím, druh dokrmu
 - c) nekojeno – napište, prosím, důvod ukončení kojení a druh umělé výživy
5. Jako podpůrný prvek podpory laktace používáte odsávačku mateřského mléka?
6. Dostala jste se do situace, kdy jste musela kontaktovat laktační poradkyni?
7. Kolik byste byla ochotná zaplatit za laktační poradkyni?
8. Byly pro Vás informace a podpora kojení od dětského lékaře dostačující?
9. Jaké zdroje informací týkající se kojení volíte?
10. Prostor pro jiná sdělení.

12.2 Výzkumný soubor

Do výzkumného souboru byly zařazeny rodičky hospitalizované na odděleních šestinedělí perinatologického centra. Ženy byly na základě stupně dosaženého vzdělání rozděleny do tří skupin. Dále byly respondentky selektovány dle způsobu porodu na ženy rodící spontánně a císařským řezem. Celkově bylo do tohoto výzkumu přijato 133 žen. Z tohoto souboru bylo 5 respondentek exkludováno z důvodu nezodpovězení prvního dotazníku. Vzhledem k výzkumnému souboru s nižším počtem respondentek bylo i přes širší spektrum zjištěných parametrů pracováno převážně s daty vypovídajícími o vzdělání, způsobu porodu, průběhu kojení a spolupráci při vyplňování jednotlivých dotazníků.

12.2.1 Kritéria výběru do sledovaného souboru

1. Fyziologičtí novorozenci s dobrou poporodní adaptací
2. Gestační stáří novorozence vyšší nebo rovno 37. týdne gravidity
3. Porodní váha novorozence vyšší nebo rovna 2500 gramů
4. Porody ukončené pomocí VEX nebo forceps nebyly exkludovány
5. Indukované porody nebyly exkludovány
6. Respondentky, které nezodpověděly první dotazník byly exkludovány

12.2.2 Další zohledněná kritéria

1. Stupeň dosaženého vzdělání
2. Způsob ukončení těhotenství

12.2.3 Klasifikace výzkumného souboru

Respondentky byly rozděleny do 3 skupin dle stupně dosaženého vzdělání. První skupina zahrnuje ženy s nejvyšším dosaženým vzděláním na základní škole a střední škole bez maturitní zkoušky. Druhá skupina představuje ženy, které absolvovaly střední školu zakončenou maturitní zkouškou. Do třetí skupiny spadají ženy s vystudovanou vysokou školou.

Definice výživy novorozence:

Plně kojený novorozenec je takový novorozenec, který je při propuštění či překladu z porodnice kojen jakýmkoliv mateřským mlékem (od matky či z banky mateřského mléka) bez dokrmu (ÚZIS ČR).

Novorozenec dokrmovaný umělou výživou je takový novorozenec, který je při propuštění či překladu z porodnice ke kojení dokrmován umělou výživou. I v případě, kdy je dokrm podán pouze jednou, nejde již o výlučně kojené dítě (ÚZIS ČR).

Nekojený novorozenec krmen umělou výživou je takový novorozenec, který je při propuštění či překladu z porodnice krmen výhradně umělou výživou (ÚZIS ČR).

12.3 Metody zpracování a analýzy dat

Data byla zpracována popisně-statistickými a analytickými metodami s využitím software Microsoft Excel a software SPSS 26. Rozdíly mezi skupinami žen byly sledovány

v kontingenční tabulce 3x3 pomocí testu Chí-kvadrát a proporčního z-testu v každém sledovaném období zvlášť. Hranice významnosti byla stanovena na hodnotu 5 %.

12.4 Praktický průběh realizace

Data byla získávána v prostorech perinatologického centra od respondentek přímým rozhovorem a posléze pomocí 4 periodicky zasílaných dotazníků v průběhu prvních 5 měsíců po narození dítěte. Obě metody získávání těchto informací byly povoleny etickou komisí a ošetřeny pomocí schválené žádosti o dotazníkovou akci v souvislosti s odbornou prací a potvrzením informovaných souhlasů pacienta.

Odborný statistický výzkum zhotovil pan Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Na vedení bakalářské práce a zpracování výsledků se významně podílel MUDr. Zdeněk Laštůvka. Jako odborné konzultantky působily laktační poradkyně paní Miluše Plecerová a místopředsedkyně České společnosti porodních asistentek paní Petra Pařízková, která zároveň umožnila realizaci jednotlivých dotazníků na platformě Survio.

13 Výsledky

13.1 Základní přehled souboru žen

Pro vyšší přehlednost je v *Tabulce 1* opět uvedena klasifikace žen dle dosaženého stupně vzdělání.

Tabulka 1 - Klasifikace žen dle dosaženého stupně vzdělání

KLASIFIKACE ŽEN DLE DOSAŽENÉHO STUPNĚ VZDĚLÁNÍ	
1.SKUPINA	Základní vzdělání či středoškolské vzdělání bez maturitní zkoušky
2. SKUPINA	Středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou
3. SKUPINA	Vysokoškolské vzdělání

Během přijímání žen do studie se mi podařilo získat kontakt na celkem 133 respondentek ($n = 133$). Z tohoto primárního souboru bylo 37 žen rozděleno do 1. skupiny se základním vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky, 47 žen začleněno do 2. skupiny se středoškolským vzděláním zakončeným maturitní zkouškou a 49 žen zařazeno do 3. skupiny s vysokoškolským vzděláním. Tato data popisuje *Tabulka 2* a *Graf 1*.

Procentuální zastoupení je znázorněno v *Tabulce 3*. Zde je možné pozorovat, že 1. skupina tvoří 27,8 %, 2. skupina 35,3 % a 3. skupina 36,8 % z celkového počtu žen přijatých k dotazníkovému šetření.

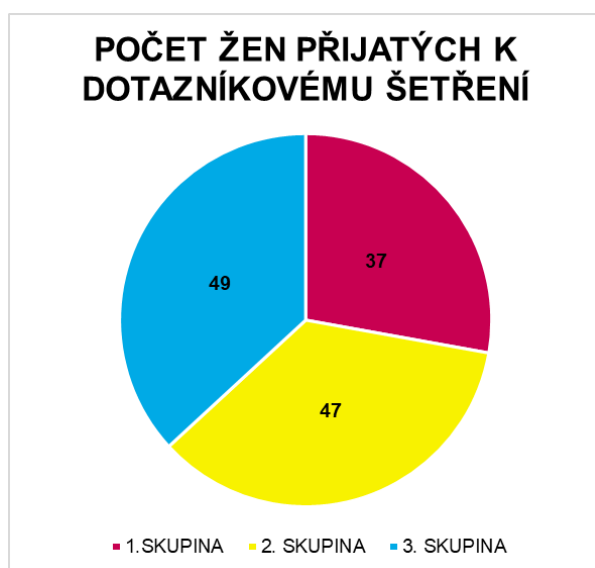
Tabulka 2 - Počet žen přijatých k dotazníkovému šetření – primární soubor žen

	POČET ŽEN PŘIJATÝCH K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ
CELKOVÝ POČET	$n = 133$
1.SKUPINA	37
2. SKUPINA	47
3. SKUPINA	49

Tabulka 3 - Počet žen přijatých k dotazníkovému šetření – primární soubor žen (uvedeno v procentech)

	POČET ŽEN PŘIJATÝCH K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ
CELKOVÝ POČET	$n = 133$
1.SKUPINA	27,8 %
2. SKUPINA	35,3 %
3. SKUPINA	36,8 %

Graf 1 - Počet žen přijatých k dotazníkovému šetření – primární soubor žen



Jedním z hlavních kritérií pro výběr do sledovaného souboru je nutnost vyplnit první dotazník. Tento aspekt bylo nutné dodržet pro možnost sledování dynamiky průběhu kojení. Z tohoto důvodu bylo 5 žen, které zodpověděly jakýkoliv dotazník kromě prvního z primárního souboru o 133 ženách odstraněno. Na první dotazník odpovědělo celkem 108 respondentek, které se staly výchozím souborem pro tento výzkum ($n = 108$). Z tohoto souboru zastupuje 1. skupinu 26 žen, 2. skupinu 37 žen a 3. skupinu 45 žen. Konkrétní zastoupení žen, které absolvovaly první dotazník napříč jednotlivými skupinami popisuje *Tabulka 4* a *Graf 2*.

Identické znázornění těchto dat, avšak v procentuálních hodnotách prezentuje *Tabulka 5*. Z celkového počtu žen zastupovala 1. skupina 24,1 %, 2. skupina 34,3 % a 3. skupina 41,7 %.

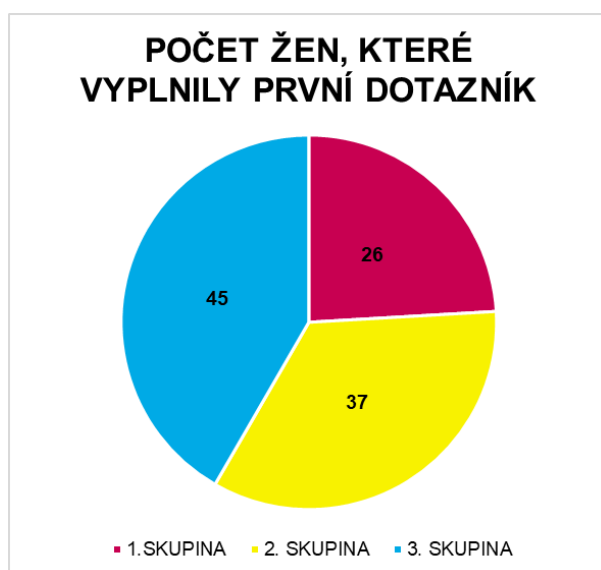
Tabulka 4 - Počet žen, které vyplnily první dotazník – výchozí soubor žen

	POČET ŽEN, KTERÉ VYPLNILY PRVNÍ DOTAZNÍK
CELKOVÝ POČET	n = 108
1.SKUPINA	26
2. SKUPINA	37
3. SKUPINA	45

Tabulka 5 - Počet žen, které vyplnily první dotazník – výchozí soubor žen (uvedeno v procentech)

	POČET ŽEN, KTERÉ VYPLNILY PRVNÍ DOTAZNÍK
CELKOVÝ POČET	n = 108
1.SKUPINA	24,1 %
2. SKUPINA	34,3 %
3. SKUPINA	41,7 %

Graf 2 - Počet žen, které vyplnily první dotazník – výchozí soubor žen



13.2 Výsledky spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření

Tabulka 6 srovnává již výše zmíněné počty žen, které byly přijaty do výzkumu a které posléze skutečně odpověděly na první dotazník zasláný 14. den po porodu, a staly se tak výchozím souborem respondentek pro tento výzkum.

Tabulka 6 - Srovnání počtu žen v primárním souboru a výchozím souboru

	POČET ŽEN PŘIJATÝCH K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ (PRIMÁRNÍ SOUBOR)	POČET ŽEN, KTERÉ VYPLNILY PRVNÍ DOTAZNÍK (VÝCHOZÍ SOUBOR)
CELKOVÝ POČET	n = 133	n = 108
1.SKUPINA	37	26
2. SKUPINA	47	37
3. SKUPINA	49	45

Tabulka 7 hodnotí, kolik procent osob z primárního souboru žen přijatých do výzkumu zodpovědělo první dotazník. Je zde tedy znázorněna spolupráce žen v samém počátku výzkumu. Z celkového počtu přijatých žen odpovědělo na první dotazník 81,2 %. Z 1. skupiny žen 70,3 % žen. Z 2. skupiny 78,7 % žen. Ze třetí skupiny 91,8 % žen.

Tabulka 7 - Procentuální zastoupení žen, které z primárního souboru zodpověděly první dotazník

	POČET ŽEN PŘIJATÝCH K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ (PRIMÁRNÍ SOUBOR)	POČET ŽEN, KTERÉ VYPLNILY PRVNÍ DOTAZNÍK (VÝCHOZÍ SOUBOR)
CELKOVÝ POČET	100 %	81,2 %
1.SKUPINA	100 %	70,3 %
2. SKUPINA	100 %	78,7 %
3. SKUPINA	100 %	91,8 %

Tabulka 8 a Tabulka 9 vypovídají o průběhu spolupráce žen při zodpovídání jednotlivých dotazníků. Výchozími hodnotami jsou počty žen, které zodpověděly první dotazník, který byl zaslán 14. den po porodu dítěte.

Na první dotazník odpovědělo celkem 108 žen (100 %), na druhý dotazník (zaslaný 1. měsíc po porodu) 100 žen (92,6 %), na třetí dotazník (zaslaný 3. měsíc po porodu) opět 100 žen (92,6 %) a na čtvrtý dotazník (zaslaný 5. měsíc po porodu) 93 žen (86,1 %).

Odpovědi žen, které zastupují 1. skupinu bylo v prvním dotazníku 26 (100 %), ve druhém dotazníku 23 (88,5 %), ve třetím dotazníku 22 (84,6 %) a ve čtvrtém dotazníku 19 (73,1 %).

Odpovědi žen, které zastupují 2. skupinu bylo v prvním dotazníku 37 (100 %), ve druhém dotazníku 35 (94,6 %), ve třetím dotazníku 36 (97,3 %) a ve čtvrtém dotazníku 35 (94,6 %).

Odpovědi žen, které zastupují 3. skupinu bylo v prvním dotazníku 45 (100 %), ve druhém dotazníku 42 (93,3 %), ve třetím dotazníku opět 42 (93,3 %) a ve čtvrtém dotazníku 39 (86,7 %).

Tabulka 8 - Spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření

SPOLUPRÁCE ŽEN PŘI VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ				
	Počet odpovědí (dynamika průběhu spolupráce žen)			
	14. DEN	1. MĚSÍC	3. MĚSÍC	5. MĚSÍC
CELKOVÝ POČET	n = 108	n = 100	n = 100	n = 93
1.SKUPINA	26	23	22	19
2. SKUPINA	37	35	36	35
3. SKUPINA	45	42	42	39

Tabulka 9 - Spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření (uvedeno v procentech)

SPOLUPRÁCE ŽEN PŘI VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ				
	Počet odpovědí (dynamika průběhu spolupráce žen)			
	14. DEN	1. MĚSÍC	3. MĚSÍC	5. MĚSÍC
CELKOVÝ POČET	100 %	92,6 %	92,6 %	86,1 %
1.SKUPINA	100 %	88,5 %	84,6 %	73,1 %
2. SKUPINA	100 %	94,6 %	97,3 %	94,6 %
3. SKUPINA	100 %	93,3 %	93,3 %	86,7 %

13.3 Výsledky průběhu kojení

13.3.1 Hromadné výsledky průběhu kojení

Následující tabulky a graf prezentují průběh kojení u všech respondentek účastnicích se výzkumu, nehledě na způsob porodu či stupně dosaženého vzdělání. Jedná se tedy o hromadné zhodnocení průběhu kojení.

Zmapováno bylo již zmíněné období 5. měsíců po narození dítěte. Matky byly doptávány na formu kojení v daném životním období dítěte. Byla získána data o tom, zdali bylo dítě plně kojeno, částečně kojeno či nekojeno.

Tabulka 10 udává přesné počty žen u konkrétních forem kojení v daném období. Počet odpovědí na jednotlivé dotazníky se postupem času snižoval, a proto Tabulka 11 a Graf 3 znázorňují procentuální zastoupení formy kojení v závislosti na počtu odpovědí v daném dotazníku.

Po zaslání prvního dotazníku – 14. den po porodu plně kojilo 82 žen (75,9 %), částečně kojilo 21 žen (19,4 %) a nekojilo 5 žen (4,6 %). Po zaslání druhého dotazníku – 1. měsíc po porodu plně kojilo 74 žen (74,0 %), částečně kojilo 18 žen (18,0 %) a nekojilo 8 žen (8,0 %). Po zaslání třetího dotazníku – 3. měsíc po porodu plně kojilo 65 žen (65,0 %), částečně kojilo 14 žen (14,0 %) a nekojilo 21 žen (21,0 %). Po zaslání čtvrtého dotazníku – 5. měsíc po porodu plně kojilo 48 žen (51,6 %), částečně kojilo 20 žen (21,5 %) a nekojilo 25 žen (26,9 %).

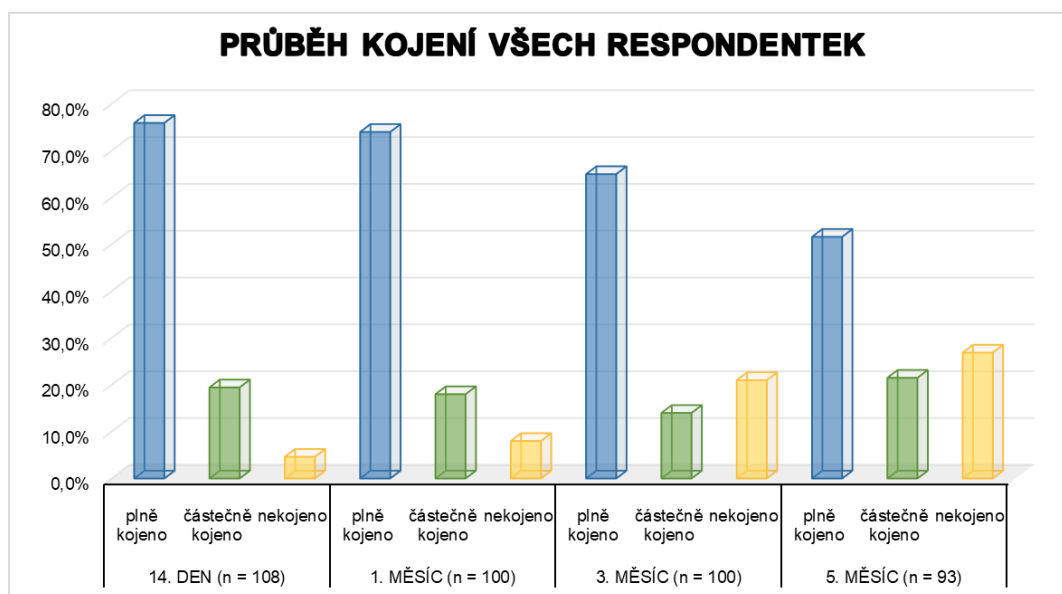
Tabulka 10 – Hromadné zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích

14. DEN (n = 108)			1. MĚSÍC (n = 100)			3. MĚSÍC (n = 100)			5. MĚSÍC (n = 93)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
82	21	5	74	18	8	65	14	21	48	20	25

Tabulka 11 – Hromadné zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích (uvedeno v procentech)

14. DEN (n = 108)			1. MĚSÍC (n = 100)			3. MĚSÍC (n = 100)			5. MĚSÍC (n = 93)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
75,9%	19,4%	4,6%	74,0%	18,0%	8,0%	65,0%	14,0%	21,0%	51,6%	21,5%	26,9%

Graf 3 - Průběh kojení všech respondentek



13.3.2 Výsledky průběhu kojení v závislosti na dosaženém vzdělání:

1. skupina žen

Tabulka 12 prezentuje přesné počty forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen nehledě na to, zdali porod proběhl spontánně či císařským řezem. V Tabulce 13 a Grafu 4 je možné pozorovat procentuální zastoupení forem kojení v závislosti na celkovém počtu odpovědí daného dotazníku.

Po zaslání prvního dotazníku 1. skupině žen – 14. den po porodu plně kojilo 17 žen (65,4 %), částečně kojilo 7 žen (26,9 %) a nekojily 2 ženy (7,7 %).

Po zaslání druhého dotazníku 1. skupině žen – 1. měsíc po porodu plně kojilo 15 žen (65,2 %), částečně kojily 4 ženy (17,4 %) a nekojily opět 4 ženy (17,4 %).

Po zaslání třetího dotazníku 1. skupině žen – 3. měsíc po porodu plně kojilo 8 žen (36,4 %), částečně kojily 2 ženy (9,1 %) a nekojilo 12 žen (54,5 %).

Po zaslání čtvrtého dotazníku 1. skupině žen – 5. měsíc po porodu plně kojilo 6 žen (31,6 %), částečně kojila 1 žena (5,3 %) a nekojilo 12 žen (63,2 %).

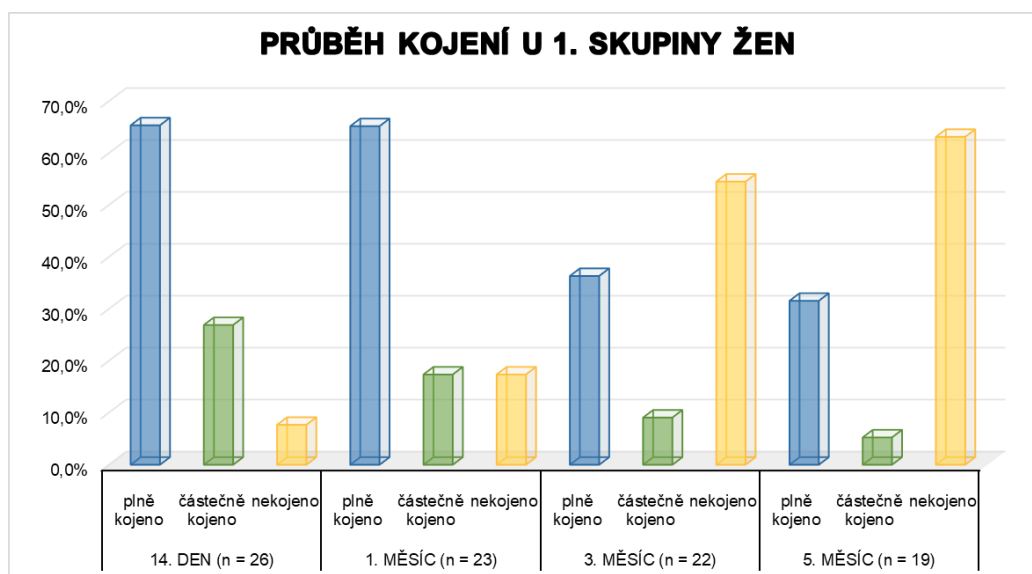
Tabulka 12 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen

14. DEN (n = 26)			1. MĚSÍC (n = 23)			3. MĚSÍC (n = 22)			5. MĚSÍC (n = 19)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
17	7	2	15	4	4	8	2	12	6	1	12

Tabulka 13 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen (uvedeno v procentech)

14. DEN (n = 26)			1. MĚSÍC (n = 23)			3. MĚSÍC (n = 22)			5. MĚSÍC (n = 19)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
65,4%	26,9%	7,7%	65,2%	17,4%	17,4%	36,4%	9,1%	54,5%	31,6%	5,3%	63,2%

Graf 4 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen



Následující data poukážou na rozdíly v průběhu kojení mezi spontánními porody a porody císařským řezem u 1. skupiny žen. *Tabulka 14* znázorňuje přesné počty spontánních porodů a císařských řezů zastoupených v daném dotazníku. *Tabulka 15* a *Graf 5* udávají stejná data, avšak v procentuálním zastoupení v závislosti na celkovém počtu odpovědí v daném dotazníku.

Z celkového počtu odpovědí v prvním dotazníku (n = 26) bylo zastoupeno 18 spontánních porodů (69,2 %) a 8 císařských řezů (30,8 %).

Z celkového počtu odpovědí v druhém dotazníku (n = 23) bylo zastoupeno 15 spontánních porodů (65,2 %) a 8 císařských řezů (34,8 %).

Z celkového počtu odpovědí ve třetím dotazníku (n = 22) bylo zastoupeno opět 15 spontánních porodů (68,2 %) a 7 císařských řezů (31,8 %).

Z celkového počtu odpovědí ve čtvrtém dotazníku (n = 19) bylo zastoupeno 12 spontánních porodů (63,2 %) a 7 císařských řezů (36,8 %).

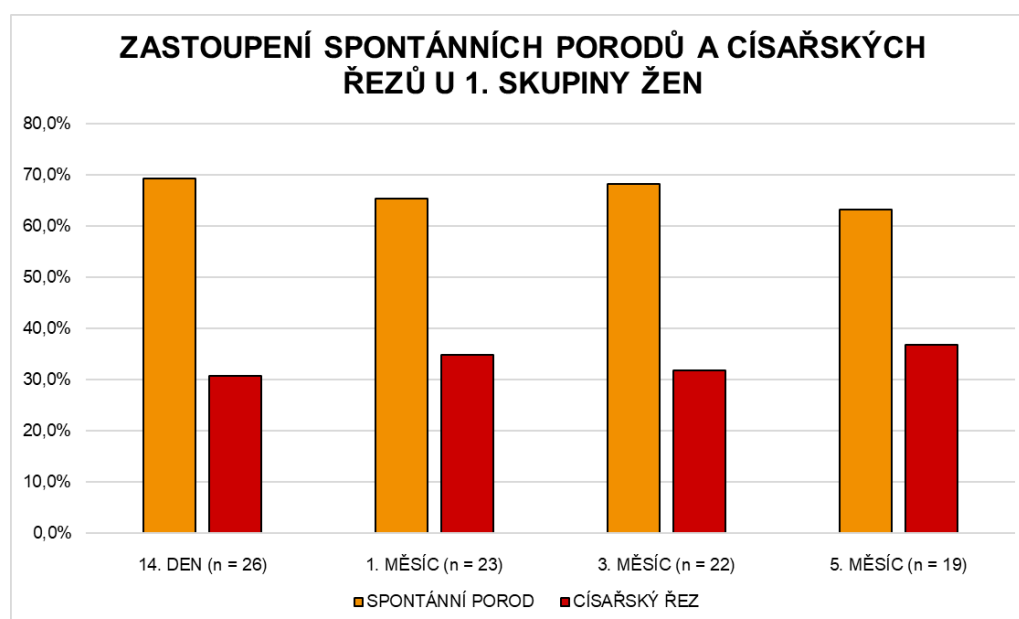
Tabulka 14 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 1. skupiny žen

	14. DEN (n = 26)	1. MĚSÍC (n = 23)	3. MĚSÍC (n = 22)	5. MĚSÍC (n = 19)
SPONTÁNNÍ POROD	18	15	15	12
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	8	8	7	7

Tabulka 15 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 1. skupiny žen (uvedeno v procentech)

	14. DEN (n = 26)	1. MĚSÍC (n = 23)	3. MĚSÍC (n = 22)	5. MĚSÍC (n = 19)
SPONTÁNNÍ POROD	69,2 %	65,2 %	68,2 %	63,2 %
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	30,8 %	34,8 %	31,8 %	36,8 %

Graf 5 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 1. skupiny žen



Tabulka 16 prezentuje přesné počty forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob ukončení těhotenství – spontánním porodem či císařským řezem. V *Tabulce 17* a *Grafu 6* je zobrazeno procentuální zastoupení forem kojení v jednotlivých dotaznících v závislosti na přesném počtu spontánních porodů a císařských řezů. Jinými slovy je zde srovnáván průběh kojení u žen rodících spontánně a císařským řezem u 1. skupiny žen.

Po zaslání prvního dotazníku 1. skupině žen – 14. den po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 13 (72,2 %), částečně 3 (16,7 %) a nekojily 2 ženy (11,1 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojily 4 (50,0 %), částečně 4 (50,0 %) a nekojilo 0 žen.

Po zaslání druhého dotazníku 1. skupině žen – 1. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 10 (66,7 %), částečně 2 (13,3 %) a nekojily 3 ženy (20,0 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 5 (62,5 %), částečně 2 (25,0 %) a nekojila 1 žena (12,5 %).

Po zaslání třetího dotazníku 1. skupině žen – 3. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 5 (33,3 %), částečně 1 (6,7 %) a nekojilo 9 žen (60,0 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojily 3 (42,9 %), částečně 1 (14,3 %) a nekojily 3 ženy (42,9 %).

Po zaslání čtvrtého dotazníku 1. skupině žen – 5. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojily 4 (33,3 %), částečně 0 a nekojilo 8 žen (66,7 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojily 2 (28,6 %), částečně 1 (14,3 %) a nekojily 4 (57,1 %).

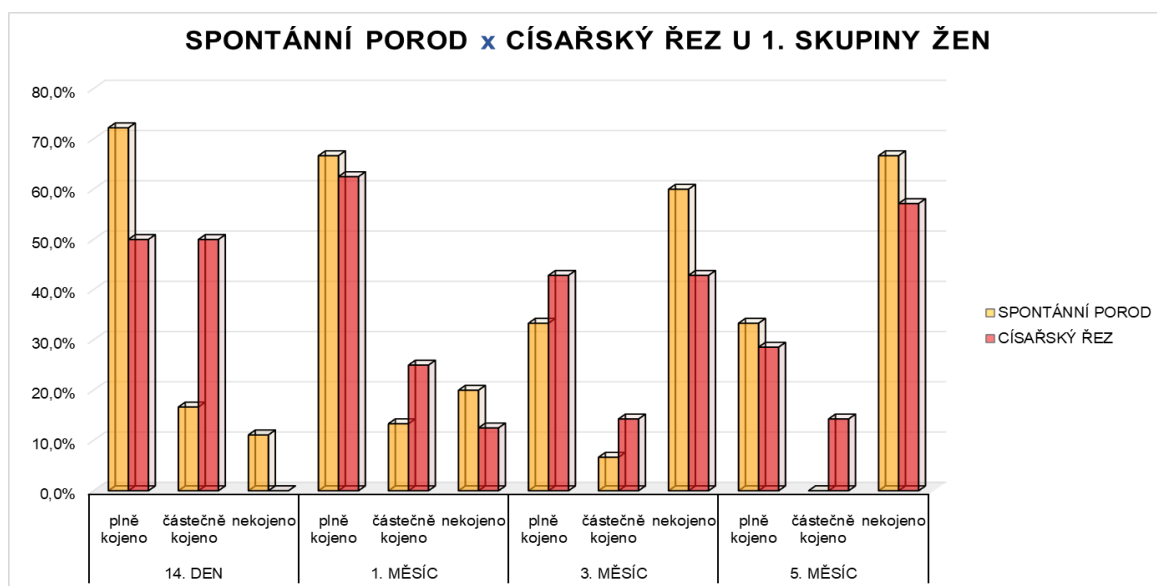
Tabulka 16 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob porodu

	14. DEN (n = 26)			1. MĚSÍC (n = 23)			3. MĚSÍC (n = 22)			5. MĚSÍC (n = 19)		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
SPONTÁNNÍ POROD	13	3	2	10	2	3	5	1	9	4	0	8
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	4	4	0	5	2	1	3	1	3	2	1	4

Tabulka 17 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob porodu (uvedeno v procentech)

	14. DEN			1. MĚSÍC			3. MĚSÍC			5. MĚSÍC		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
SPONTÁNNÍ POROD	72,2%	16,7%	11,1%	66,7%	13,3%	20,0%	33,3%	6,7%	60,0%	33,3%	0,0%	66,7%
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	50,0%	50,0%	0,0%	62,5%	25,0%	12,5%	42,9%	14,3%	42,9%	28,6%	14,3%	57,1%

Graf 6 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob porodu



13.3.3 Výsledky průběhu kojení v závislosti na dosaženém vzdělání: 2. skupina žen

Tabulka 18 prezentuje přesné počty forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen nehledě na to, zdali porod proběhl spontánně či císařským řezem. V *Tabulce 19* a *Grafu 7* je možné pozorovat procentuální zastoupení forem kojení v závislosti na celkovém počtu odpovědí daného dotazníku.

Po zaslání prvního dotazníku 2. skupině žen – 14. den po porodu plně kojilo 29 žen (78,4 %), částečně kojilo 8 žen (21,6 %) a nekojilo 0 žen.

Po zaslání druhého dotazníku 2. skupině žen – 1. měsíc po porodu plně kojilo 27 žen (77,1 %), částečně kojilo 7 žen (20,0 %) a nekojila 1 žena (2,9 %).

Po zaslání třetího dotazníku 2. skupině žen – 3. měsíc po porodu plně kojilo 26 žen (72,2 %), částečně kojily 4 ženy (11,1 %) a nekojilo 6 žen (16,7 %).

Po zaslání čtvrtého dotazníku 2. skupině žen – 5. měsíc po porodu plně kojilo 19 žen (54,3 %), částečně kojilo 7 žen (20,0 %) a 9 žen nekojilo (25,7 %).

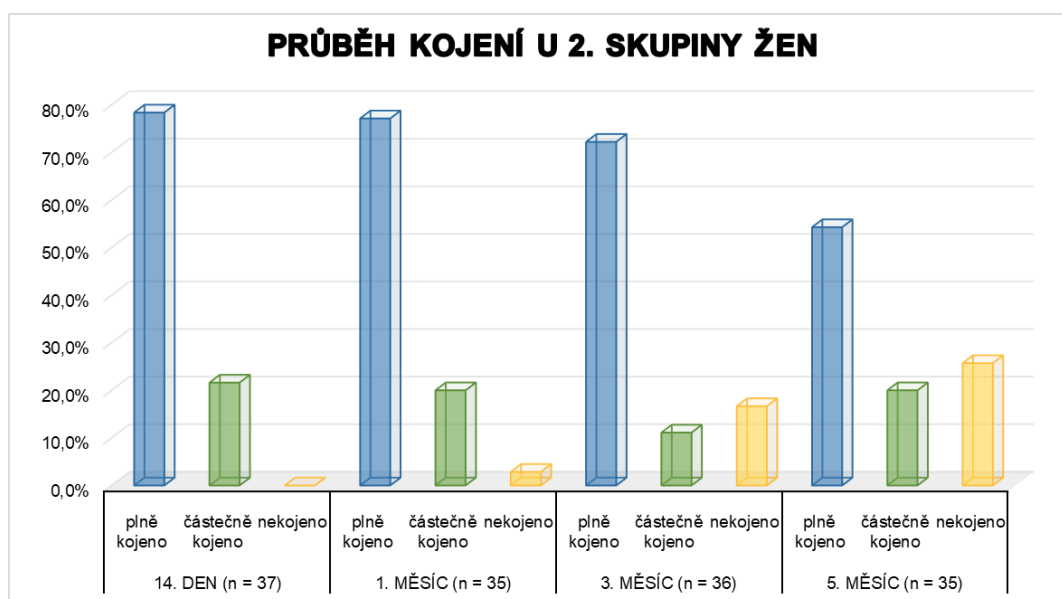
Tabulka 18 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen

14. DEN (n = 37)			1. MĚSÍC (n = 35)			3. MĚSÍC (n = 36)			5. MĚSÍC (n = 35)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
29	8	0	27	7	1	26	4	6	19	7	9

Tabulka 19 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen (uvedeno v procentech)

14. DEN (n = 37)			1. MĚSÍC (n = 35)			3. MĚSÍC (n = 36)			5. MĚSÍC (n = 35)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
78,4%	21,6%	0,0%	77,1%	20,0%	2,9%	72,2%	11,1%	16,7%	54,3%	20,0%	25,7%

Graf 7 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen



Následující data poukážou na rozdíly v průběhu kojení mezi spontánními porody a porody císařským řezem u 2. skupiny žen. *Tabulka 20* znázorňuje přesné počty spontánních porodů a císařských řezů zastoupených v daném dotazníku. *Tabulka 21* a *Graf 8* udávají stejná data, avšak v procentuálním zastoupení v závislosti na celkovém počtu odpovědí v daném dotazníku.

Z celkového počtu odpovědí v prvním dotazníku (n = 37) bylo zastoupeno 25 spontánních porodů (67,6 %) a 12 císařských řezů (32,4 %).

Z celkového počtu odpovědí v druhém dotazníku (n = 35) bylo zastoupeno 24 spontánních porodů (68,6 %) a 11 císařských řezů (31,4 %).

Z celkového počtu odpovědí ve třetím dotazníku (n = 36) bylo zastoupeno 25 spontánních porodů (69,4 %) a 11 císařských řezů (30,6 %).

Z celkového počtu odpovědí ve čtvrtém dotazníku (n = 35) bylo zastoupeno 24 spontánních porodů (68,6 %) a 11 císařských řezů (31,4 %).

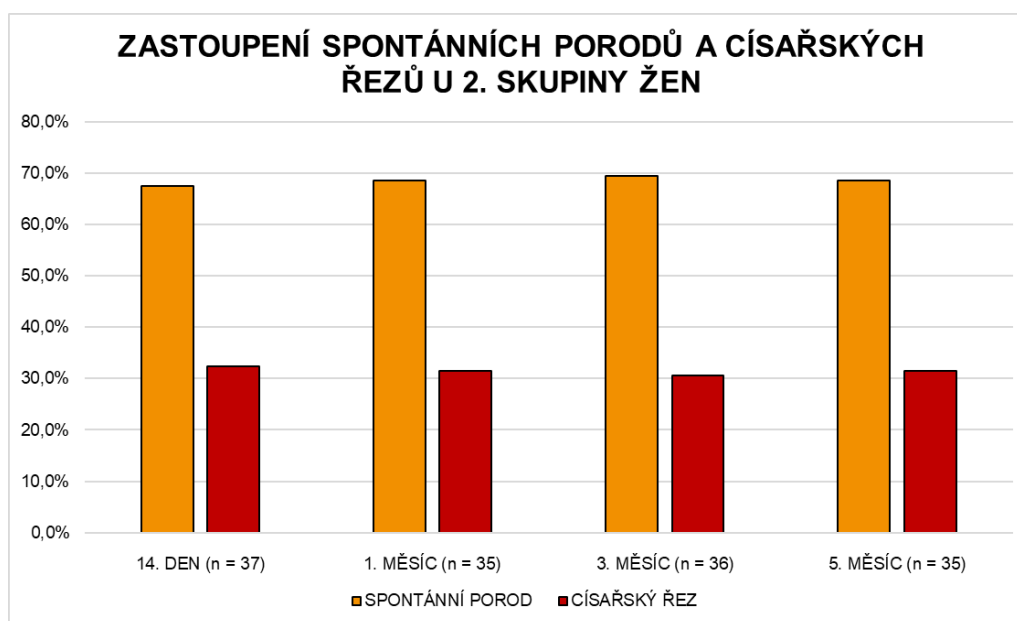
Tabulka 20 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 2. skupiny žen

	14. DEN (n = 37)	1. MĚSÍC (n = 35)	3. MĚSÍC (n = 36)	5. MĚSÍC (n = 35)
SPONTÁNNÍ POROD	25	24	25	24
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	12	11	11	11

Tabulka 21 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 2. skupiny žen (uvedeno v procentech)

	14. DEN (n = 37)	1. MĚSÍC (n = 35)	3. MĚSÍC (n = 36)	5. MĚSÍC (n = 35)
SPONTÁNNÍ POROD	67,6 %	68,6 %	69,4 %	68,6 %
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	32,4 %	31,4 %	30,6 %	31,4 %

Graf 8 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 2. skupiny žen



Tabulka 22 uvádí přesné počty forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob ukončení těhotenství – spontánním porodem či císařským řezem. V Tabulce 23 a Grafu 9 je znázorněno procentuální zastoupení forem kojení v jednotlivých dotaznících v závislosti na přesném počtu spontánních porodů a císařských řezů. Jinými slovy je zde srovnáván průběh kojení u žen rodících spontánně a císařským řezem u 2. skupiny žen.

Po zaslání prvního dotazníku 2. skupině žen – 14. den po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 20 (80 %), částečně 5 (20 %) a nekojilo 0 žen. Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 9 (75 %), částečně 3 (25,0 %) a nekojilo 0 žen.

Po zaslání druhého dotazníku 2. skupině žen – 1. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 18 (75,0 %), částečně 5 (20,8 %) a nekojila 1 žena (4,2 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 9 (81,8 %), částečně 2 (18,2 %) a nekojila 0 žen.

Po zaslání třetího dotazníku 2. skupině žen – 3. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 17 (68,0 %), částečně 3 (12,0 %) a nekojilo 5 žen (20,0 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 9 (81,8 %), částečně 1 (9,1 %) a nekojila 1 žena (9,1 %).

Po zaslání čtvrtého dotazníku 2. skupině žen – 5. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 12 (50,0 %), částečně 4 (16,7 %) a nekojilo 8 žen (33,3 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 7 (63,6 %), částečně 3 (27,3 %) a nekojila 1 žena (9,1 %).

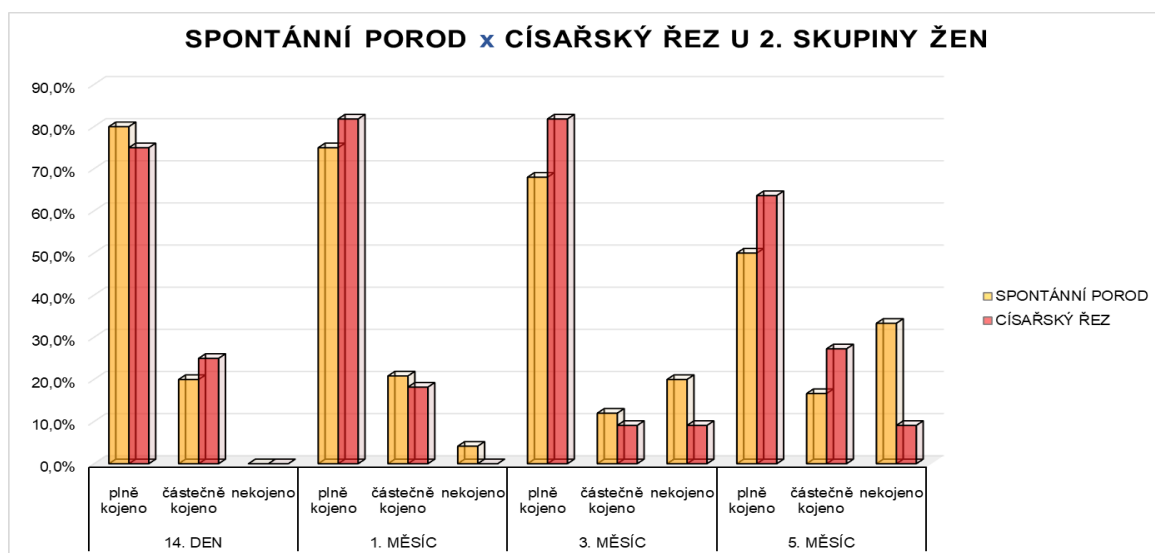
Tabulka 22 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob porodu

	14. DEN (n = 37)			1. MĚSÍC (n = 35)			3. MĚSÍC (n = 36)			5. MĚSÍC (n = 35)		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
SPONTÁNNÍ POROD	20	5	0	18	5	1	17	3	5	12	4	8
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	9	3	0	9	2	0	9	1	1	7	3	1

Tabulka 23 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob porodu (uvedeno v procentech)

	14. DEN			1. MĚSÍC			3. MĚSÍC			5. MĚSÍC		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
SPONTÁNNÍ POROD	80,0%	20,0%	0,0%	75,0%	20,8%	4,2%	68,0%	12,0%	20,0%	50,0%	16,7%	33,3%
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	75,0%	25,0%	0,0%	81,8%	18,2%	0,0%	81,8%	9,1%	9,1%	63,6%	27,3%	9,1%

Graf 9 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob porodu



13.3.4 Výsledky průběhu kojení v závislosti na dosaženém vzdělání:

3. skupina žen

Tabulka 24 uvádí přesné počty forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen nehledě na to, zdali porod proběhl spontánně či císařským řezem. V Tabulce 25 a Grafu 10 je možné pozorovat procentuální zastoupení forem kojení v závislosti na celkovém počtu odpovědí daného dotazníku.

Po zaslání prvního dotazníku 3. skupině žen – 14. den po porodu plně kojilo 36 žen (80 %), částečně kojilo 6 žen (13,3 %) a nekojily 3 ženy (6,7 %).

Po zaslání druhého dotazníku 3. skupině žen – 1. měsíc po porodu plně kojilo 32 žen (76,2 %), částečně kojilo 7 žen (16,7 %) a nekojily 3 ženy (7,1 %).

Po zaslání třetího dotazníku 3. skupině žen – 3. měsíc po porodu plně kojilo 31 žen (73,8 %), částečně kojilo 8 žen (19,0 %) a nekojily 3 ženy (7,1 %).

Po zaslání čtvrtého dotazníku 3. skupině žen – 5. měsíc po porodu plně kojilo 23 žen (59,0 %), částečně kojilo 12 žen (30,8 %) a 4 ženy nekojily (10,3 %).

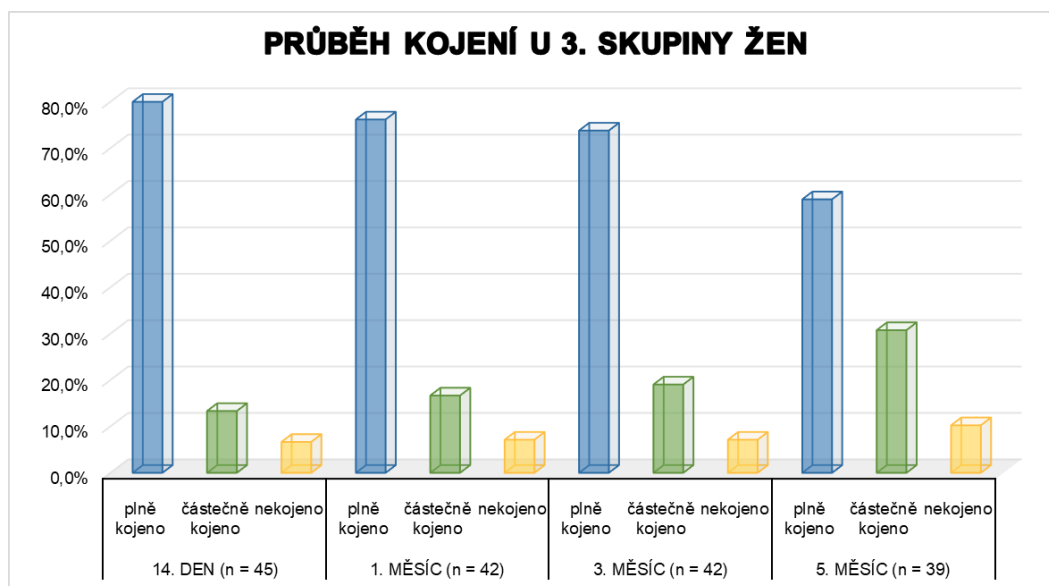
Tabulka 24 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen

14. DEN (n = 45)			1. MĚSÍC (n = 42)			3. MĚSÍC (n = 42)			5. MĚSÍC (n = 39)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
36	6	3	32	7	3	31	8	3	23	12	4

Tabulka 25 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen (uvedeno v procentech)

14. DEN (n = 45)			1. MĚSÍC (n = 42)			3. MĚSÍC (n = 42)			5. MĚSÍC (n = 39)		
plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
80,0%	13,3%	6,7%	76,2%	16,7%	7,1%	73,8%	19,0%	7,1%	59,0%	30,8%	10,3%

Graf 10 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen



Následující data poukážou na rozdíly v průběhu kojení mezi spontánními porody a porody císařským řezem u 3. skupiny žen. *Tabulka 26* ukazuje přesné počty spontánních porodů a císařských řezů zastoupených v daném dotazníku. *Tabulka 27* a *Graf 11* udávají stejná data, avšak v procentuálním zastoupení v závislosti na celkovém počtu odpovědí v daném dotazníku.

Z celkového počtu odpovědí v prvním dotazníku (n = 45) bylo zastoupeno 33 spontánních porodů (73,3 %) a 12 císařských řezů (26,7 %).

Z celkového počtu odpovědí v druhém dotazníku (n = 42) bylo zastoupeno 31 spontánních porodů (73,8 %) a 11 císařských řezů (26,2 %).

Z celkového počtu odpovědí ve třetím dotazníku (n = 42) bylo zastoupeno 32 spontánních porodů (76,2 %) a 10 císařských řezů (23,8 %).

Z celkového počtu odpovědí ve čtvrtém dotazníku (n = 39) bylo zastoupeno 29 spontánních porodů (74,4 %) a 10 císařských řezů (25,6 %).

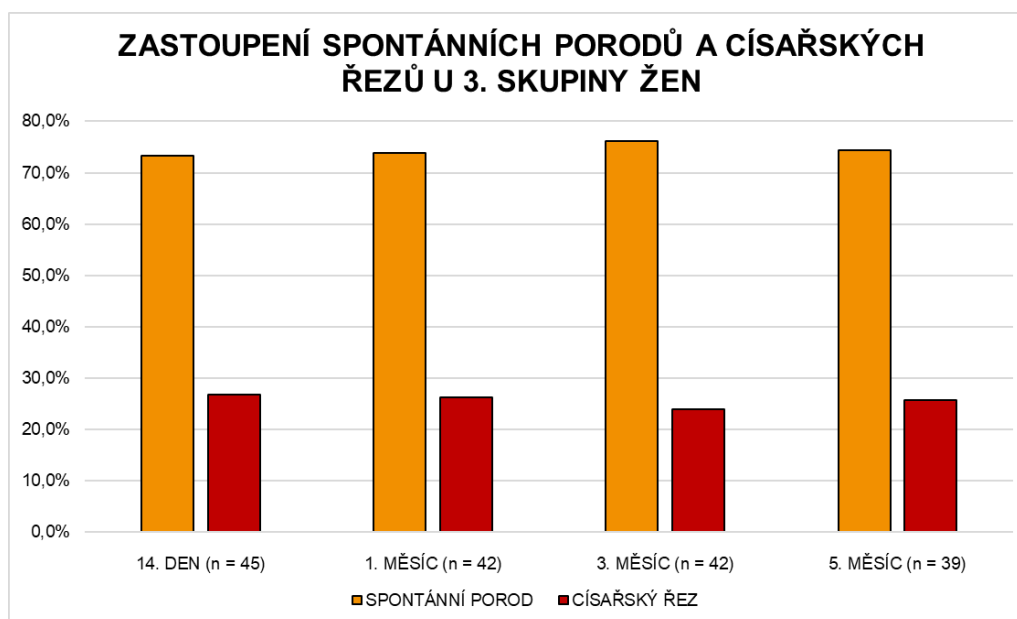
Tabulka 26 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 3. skupiny žen

	14. DEN (n = 45)	1. MĚSÍC (n = 42)	3. MĚSÍC (n = 42)	5. MĚSÍC (n = 39)
SPONTÁNNÍ POROD	33	31	32	29
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	12	11	10	10

Tabulka 27 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 3. skupiny žen (uvedeno v procentech)

	14. DEN (n = 45)	1. MĚSÍC (n = 42)	3. MĚSÍC (n = 42)	5. MĚSÍC (n = 39)
SPONTÁNNÍ POROD	73,3 %	73,8 %	76,2 %	74,4 %
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	26,7 %	26,2 %	23,8 %	25,6 %

Graf 11 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 3. skupiny žen



Tabulka 28 prezentuje přesné počty forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob ukončení těhotenství – spontánním porodem či císařským řezem. V Tabulce 29 a Grafu 12 je znázorněno procentuální zastoupení forem kojení v jednotlivých dotaznících v závislosti na přesném počtu spontánních porodů a císařských řezů. Jinými slovy je zde srovnáván průběh kojení u žen rodících spontánně a císařským řezem u 3. skupiny žen.

Po zaslání prvního dotazníku 3. skupině žen – 14. den po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 26 (78,8 %), částečně 4 (12,1 %) a nekojily 3 ženy (9,1 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 10 (83,8 %), částečně 2 (16,7 %) a nekojilo 0 žen.

Po zaslání druhého dotazníku 3. skupině žen – 1. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 25 (80,6 %), částečně 3 (9,7 %) a nekojily 3 ženy (9,7 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 7 (63,6 %), částečně 4 (36,4 %) a nekojilo 0 žen.

Po zaslání třetího dotazníku 3. skupině žen – 3. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojilo 26 (81,3 %), částečně 3 (9,4 %) a nekojily 3 ženy (9,4 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojilo 5 (50,0 %), částečně 5 (50,0 %) a nekojilo 0 žen.

Po zaslání čtvrtého dotazníku 3. skupině žen – 5. měsíc po porodu: z žen, které rodily spontánně plně kojil 19 (65,6 %), částečně 7 (24,1 %) a nekojily 3 ženy (10,3 %). Z žen, které rodily císařským řezem plně kojily 4 (40,0 %), částečně 5 (50,0 %) a nekojila 1 žena (10,0 %).

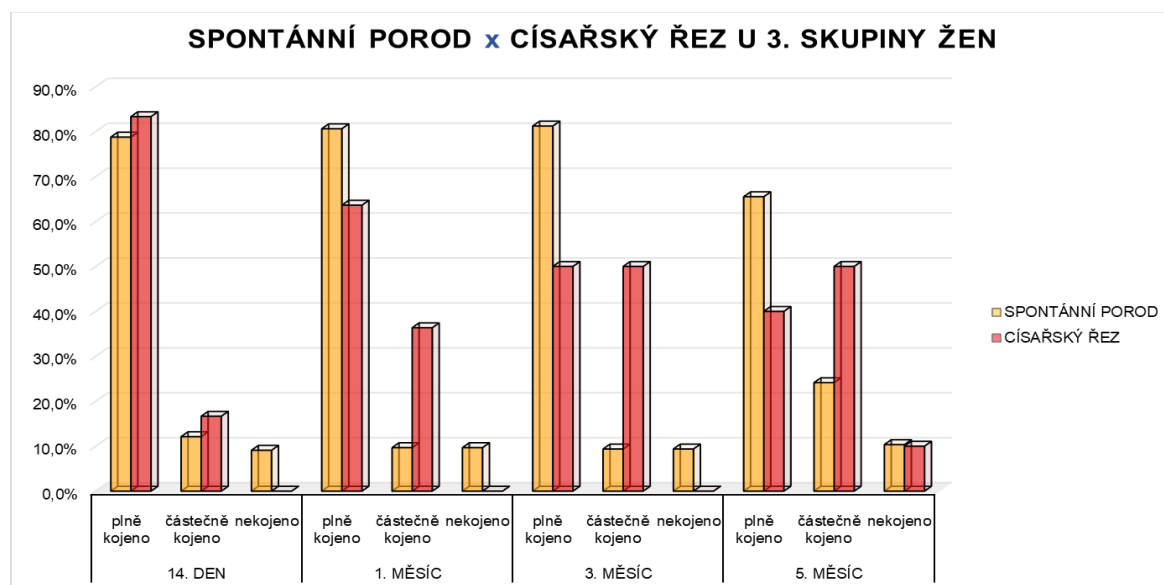
Tabulka 28 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob porodu

	14. DEN (n = 45)			1. MĚSÍC (n = 42)			3. MĚSÍC (n = 42)			5. MĚSÍC (n = 39)		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
SPONTÁNNÍ POROD	26	4	3	25	3	3	26	3	3	19	7	3
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	10	2	0	7	4	0	5	5	0	4	5	1

Tabulka 29 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob porodu (uvedeno v procentech)

	14. DEN			1. MĚSÍC			3. MĚSÍC			5. MĚSÍC		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
SPONTÁNNÍ POROD	78,8%	12,1%	9,1%	80,6%	9,7%	9,7%	81,3%	9,4%	9,4%	65,5%	24,1%	10,3%
CÍSAŘSKÝ ŘEZ	83,3%	16,7%	0,0%	63,6%	36,4%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	40,0%	50,0%	10,0%

Graf 12 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob porodu



13.3.5 Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen

Tabulka 30 a Tabulka 31 představují již výše popsaná data týkající se průběhu kojení mezi jednotlivými skupinami žen nehledě na způsob ukončení těhotenství. Umožňují přehlednější porovnání 1., 2. a 3. skupiny žen. Pro lepší vizualizaci je zde možné pozorovat Graf 13 znázorňující srovnání průběhu kojení mezi jednotlivými skupinami bez ohledu na způsob porodu. Graf je opět uveden v procentech, aby nedošlo ke zkreslení výsledků nerovnoměrným zastoupením respondentek v jednotlivých dotaznících.

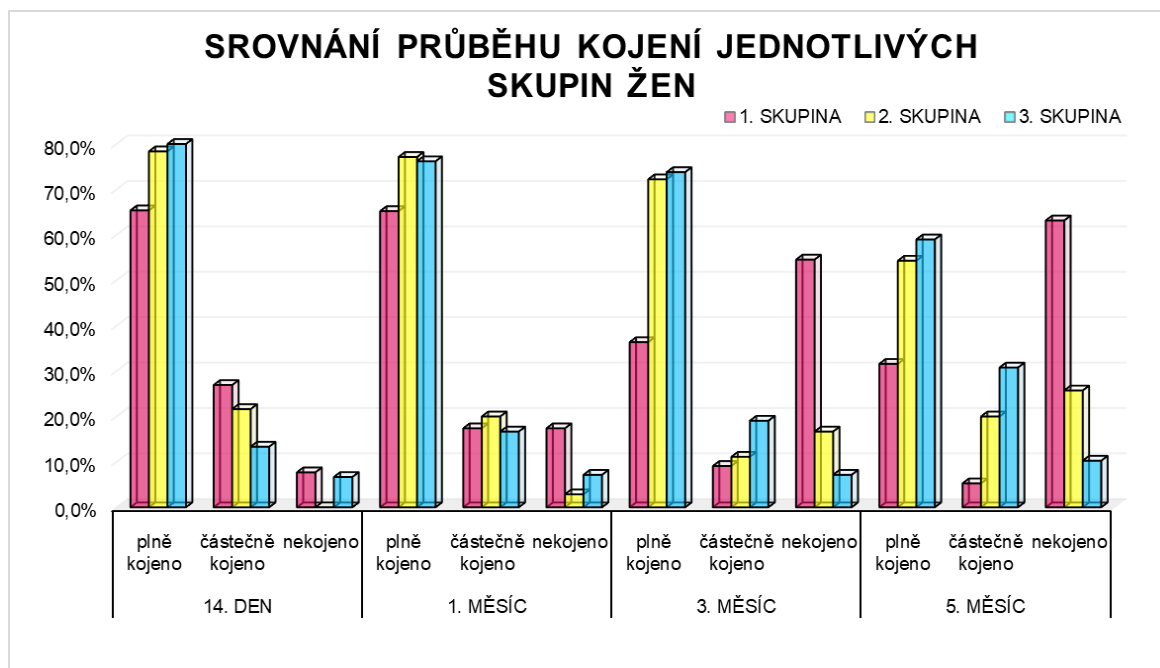
Tabulka 30 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen

	14. DEN			1. MĚSÍC			3. MĚSÍC			5. MĚSÍC		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
1. SKUPINA	17	7	2	15	4	4	8	2	12	6	1	12
2. SKUPINA	29	8	0	27	7	1	26	4	6	19	7	9
3. SKUPINA	36	6	3	32	7	3	31	8	3	23	12	4

Tabulka 31 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen (uvedeno v procentech)

	14. DEN			1. MĚSÍC			3. MĚSÍC			5. MĚSÍC		
	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno	plně kojeno	částečně kojeno	nekojeno
1. SKUPINA	65,4%	26,9%	7,7%	65,2%	17,4%	17,4%	36,4%	9,1%	54,5%	31,6%	5,3%	63,2%
2. SKUPINA	78,4%	21,6%	0,0%	77,1%	20,0%	2,9%	72,2%	11,1%	16,7%	54,3%	20,0%	25,7%
3. SKUPINA	80,0%	13,3%	6,7%	76,2%	16,7%	7,1%	73,8%	19,0%	7,1%	59,0%	30,8%	10,3%

Graf 13 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen



13.3.6 Důvody ukončení kojení

V průběhu prvních 5 měsíců od narození dítěte matky udávaly různé důvody pro ukončení kojení. V některých případech žena důvod ukončení kojení neuvedla.

Důvody uvedené v prvním dotazníku (14. den): u 1. skupiny žen bylo 1x uvedeno, že vůbec nedošlo ke spuštění laktace, 1x ztráta mléka a u 2. skupiny žen byl 1x zaznamenán nedostatek mléka + psychické důvody + zanedbání kojení v porodnici, 1x nedostatečná kvalita mléka a 1x nedostatek mléka + alergie dítěte na mléčnou bílkovinu.

Nově uvedené důvody v druhém dotazníku (1. měsíc): u 1. skupiny žen byl 1x uveden nedostatek mléka, 1x nedostatek mléka spojený s mastitidou a u 2. skupiny žen byla 1x uvedena ztráta mléka.

Nově uvedené důvody ve třetím dotazníku (3. měsíc): u 1. skupiny žen byl popsán 3x nedostatek mléka, 1x nedostatek kvality mléka, 1x ztráta mléka, 1x nedostatek času na kojení (z důvodu druhého dítěte) - laktace klesala až matka kojení ukončila, 1x dítě odmítalo prs, 1x byl od 3. týdne podáván dokrm – později dítě ztratilo zájem o prso – z lahve to bylo pro dítě jednodušší + psychické důvody, u 2. skupiny žen byl uveden 1x nedostatek mléka, 2x ztráta mléka, 1x ukončení kojení z důvodu koliky dítěte a 3. skupiny žen bylo 1x uvedeno, že dítě odmítalo prso, až se zcela odstavilo.

Nově uvedené důvody ve čtvrtém dotazníku (5. měsíc): u 1. skupiny žen byla 1x popsána ztráta mléka z důvodu operace dítěte a 1x bylo dítě považováno za velké, u 2. skupiny žen byl 2x uveden nedostatek mléka, 1x odmítání kojení dítětem a velký úbytek mléka a u 3. skupiny žen byl 1x popsán nedostatek mléka po prodělaném onemocnění matky a 1x došlo k ukončení kojení z důvodu hospitalizace novorozence.

13.4 Výsledky statistické analýzy - závěry

Data byla analyzována v software SPSS 26, rozdíly mezi skupinami byly sledovány v kontingenční tabulce 3x3 pomocí testu Chí-kvadrát a proporčního z-testu v každém sledovaném období zvlášť.

Spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření (míra nedokončení výzkumu = drop-out v průběhu sběru dat) se v závislosti na stupni dosaženého vzdělání ani v závislosti na způsobu porodu statisticky významně neliší. Toto zjištění prezentuje *Příloha 1*.

Stejně tak nejsou statisticky významné rozdíly v zastoupení spontánních porodů a císařských řezů mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami (viz *Příloha 2 a Příloha 3*). Mezi způsobem porodu a průběhem kojení nebyly shledány signifikantní rozdíly.

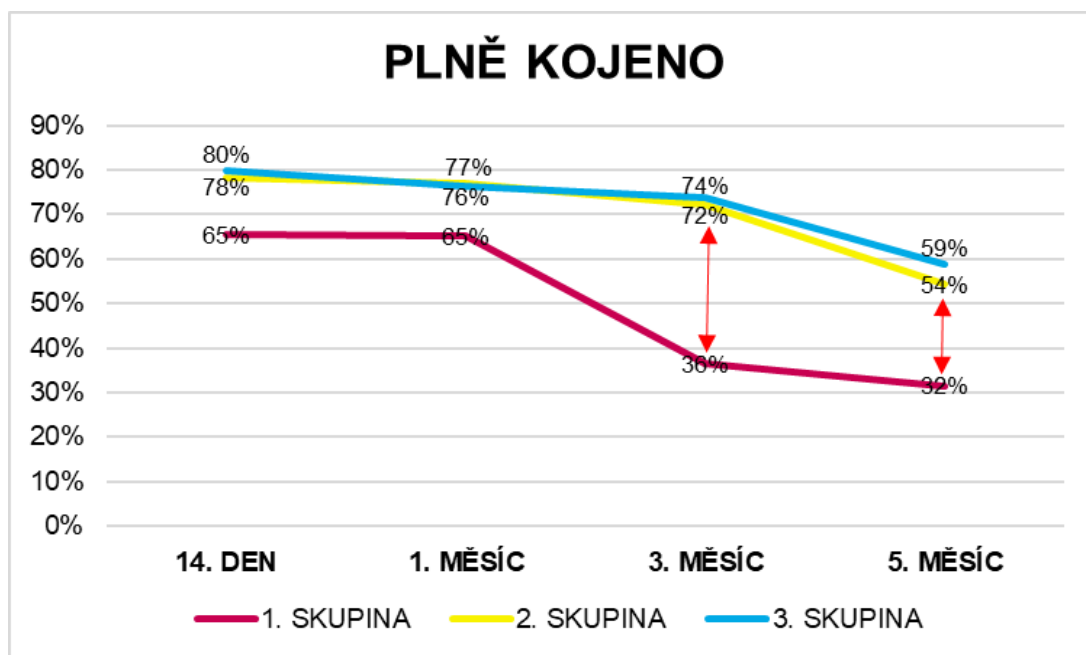
Statisticky významné rozdíly byly zjištěny v období 3. měsíce a 5. měsíce mezi 1. a 2. skupinou žen a mezi 1. a 3. skupinou žen v případě výskytu plného kojení, respektive nekojení (viz *Příloha 4, Příloha 5 a Příloha 6*).

Graf 14 a Graf 15 ukazují podíl plně kojících (respektive nekojících) matek ve sledovaném období podle úrovně nejvyššího dosaženého vzdělání. Ačkoliv rozdíl je patrný i v období 14. dne a 1. měsíce, statisticky významný je až ve 3. a 5. měsíci. Statisticky významné rozdíly jsou označeny červenou šipkou.

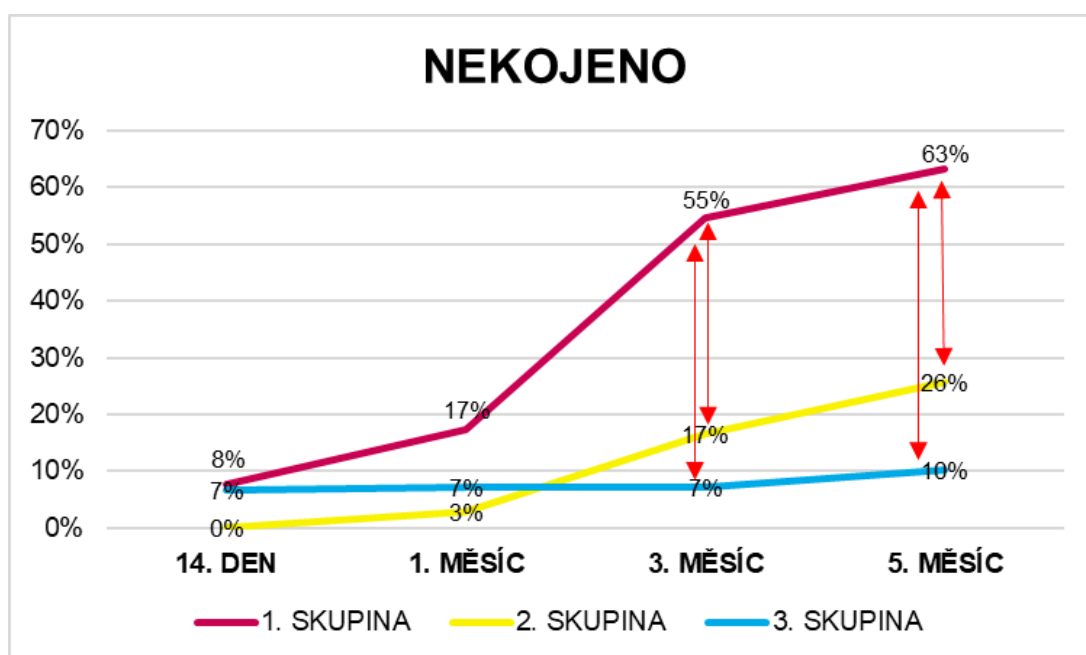
Jinými slovy, v období 3. a 5. měsíce bylo plně kojících matek se základním vzděláním či středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky signifikantně méně než matek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou a matek s vysokoškolským vzděláním.

V období 3. a 5. měsíce bylo nekojících matek se základním vzděláním či středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky signifikantně více než matek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou a matek s vysokoškolským vzděláním.

Graf 14 – Podíl plně kojících žen ve sledovaném období podle úrovně dosaženého vzdělání



Graf 15 - Podíl nekojících žen ve sledovaném období podle úrovně dosaženého vzdělání



13.5 Závěrečné zhodnocení výzkumných hypotéz

Hypotéza č. 1 vypovídá o předpokladu, že v období 14 dnů po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy. Signifikantní rozdíly nenastaly, a proto je tato hypotéza potvrzena.

Hypotéza č. 2 vypovídá o předpokladu, že v období 1. měsíce po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy. Signifikantní rozdíly nenastaly, a proto je tato hypotéza potvrzena.

Hypotéza č. 3 vypovídá o předpokladu, že v období 3. měsíce po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy. V období 3. měsíce po porodu byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi 1. a 2. skupinou žen a mezi 1. a 3. skupinou žen v případě výskytu plného kojení, respektive nekojení. Proto je tato hypotéza vyvrácena.

Hypotéza č. 4 vypovídá o předpokladu, že v období 5. měsíce po porodu nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy. V období 5. měsíce po porodu byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi 1. a 2. skupinou žen a mezi 1. a 3. skupinou žen v případě výskytu plného kojení, respektive nekojení. Proto je tato hypotéza vyvrácena.

14 Diskuse a závěry

Tato bakalářská práce byla rozdělena do části teoretické a praktické. Účelem teoretické části bylo šířit validní, ověřené a aktualizované informace týkající se kojení. Přínosem může být jak pro zdravotníky, tak pro laickou veřejnost.

Teoretická část znázornila anatomii prsu a fyziologii laktace, které jsou pro primární pochopení problematiky kojení stěžejní. Důraz byl kladen na význam kojení pro matku, dítě a společnost. Hlavním sdělením této kapitoly byla důležitost kojení ve zdravotní, výživové, imunologické, psychologické, sociální, ekonomické a ekologické sféře. Kojení zde bylo popsáno i ve spojitosti s Agendou pro udržitelný rozvoj 2030, což znázornilo kladný dopad kojení na mnoho oblastí. Další kapitola doporučila vhodnou výživu kojící ženy, která je jedním z důležitých faktorů ovlivňující průběh laktace. Zpřehledněny byly zásady a správná technika kojení, jejichž znalost je zcela klíčová při procesu kojení a mnohdy je jejich nezvládnutí důvodem k ukončení kojení. Dále v této části bakalářské práce byly upřesněny parametry optimálního prospívání dítěte. Upozorněno bylo na nejčastější komplikace, které mohou během kojení nastat. Zároveň byla uvedena adekvátní řešení těchto nežádoucích situací. Popsány byly i alternativní metody dokrmování a zásady zavádění příkrmu, které mohou také významně ovlivnit osud kojení. Zmíněny byly rady pro ukončení kojení, které mohou matce i dítěti zpříjemnit tento proces. Neodmyslitelnou součástí teoretické části bylo seznámit čtenáře s možnostmi, programy a organizacemi podpory kojení.

V neposlední řadě byly shrnuty výsledky zahraničních studií týkajících se socioekonomického statusu a jeho vlivu na průběh a délku kojení. Zmíněné studie prokazují vliv socioekonomického statusu na proces kojení a vzhledem k nedostatku publikovaných studií srovnávajících míru kojení napříč socioekonomickými skupinami vyzývají k dalším výzkumům. Tato kapitola byla tedy výchozí pro praktickou část bakalářské práce. Poskytla náhled do této problematiky a inspiraci pro zpracování vlastního výzkumu.

Praktická část pomocí prospektivního sběru dat uskutečněného kvantitativním šetřením zmapovala období prvních 5 měsíců od narození dítěte. V samém počátku výzkumu byl stanoven hlavní cíl a 4 výzkumné hypotézy. Hlavním cílem bylo zjistit, zda má dosažené vzdělání vliv na formu kojení v průběhu prvních 5 měsíců od narození dítěte. Stanovené hypotézy předpokládaly, že v období 14. dne, 1. měsíce, 3. měsíce a 5. měsíce nenastanou rozdíly ve formě kojení v kontextu dosaženého vzdělání ženy. Respondentky byly rozděleny do 3 skupin dle stupně dosaženého vzdělání. V 1. skupině byly zahrnuty ženy se základní školou a střední školou bez maturitní zkoušky. Do 2. skupiny byly zařazeny ženy, které absolvovaly střední školu zakončenou maturitní zkouškou. Do 3. skupiny spadaly ženy s vystudovanou vysokou školou. Jednalo se o 4 dotazníky vytvořené na platformě Survio, které byly ženám elektronicky zasílány 14. den, 1. měsíc, 3. měsíc a 5. měsíc po porodu. Výchozí soubor žen tvořilo 108 respondentek.

Mimo zkoumání asociace mezi dosaženým vzděláním ženy a průběhem kojení proběhlo sledování spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření mezi jednotlivými skupinami, vlivu způsobu porodu na formu kojení a nejčastějších důvodů ukončení kojení.

Data byla získávána pomocí již zmíněných elektronicky zasílaných dotazníků, shromažďována pomocí Microsoft Excel a analyzována v software SPSS 26. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami byly sledovány v kontingenční tabulce 3x3 pomocí testu Chí-kvadrát a proporčního z-testu v každém sledovaném období zvlášť. Data mohou být zkreslena nekorektními odpověďmi žen v průběhu dotazníkového šetření, toto riziko je však nízké, a ne zcela ovlivnitelné. Při shromažďování a analýze dat mohlo dojít k mylným záznamům či výpočtům, vzhledem k opakovaným kontrolám při průběhu praktické části je toto riziko minimální. Z důvodu omezeného rozsahu bakalářské práce nebylo možné zanalyzovat všechny parametry získané z dotazníkového šetření. S ohledem na výchozí výzkumný soubor o nižším počtu respondentek není možné uvádět zcela jednoznačné závěry. Proto následující výsledky slouží především jako výzva ke vzniku obsáhlejších a detailnějších výzkumů.

Bylo zjištěno, že spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření (míra nedokončení výzkumu) se v závislosti na stupni dosaženého vzdělání ani v závislosti na způsobu porodu statisticky významně nelišila.

Stejně tak nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v zastoupení spontánních porodů a císařských řezů mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami. Mezi způsobem porodu a průběhem kojení také nebyly shledány signifikantní zjištění.

Statisticky významné rozdíly však byly zjištěny v období 3. měsíce a 5. měsíce mezi 1. a 2. skupinou žen a mezi 1. a 3. skupinou žen v případě výskytu plného kojení, respektive nekojení. Ačkoliv rozdíl byl patrný i v období 14. dne a 1. měsíce, statisticky významný byl až ve 3. a 5. měsíci.

Jinými slovy v období 3. a 5. měsíce bylo plně kojících matek se základním vzděláním či středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky signifikantně méně než matek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou a matek s vysokoškolským vzděláním. V období 3. a 5. měsíce bylo nekojících matek se základním vzděláním či středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky významně více než matek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou a matek s vysokoškolským vzděláním.

Těmito zjištěními byly potvrzeny *hypotéza č. 1* a *hypotéza č. 2* a vyvráceny byly *hypotéza č. 3* a *hypotéza č. 4*. Konkrétně byl potvrzen předpoklad o nezávislosti dosaženého stupně vzdělání na formě kojení 14. den a 1. měsíc porodu. Vyvrácen byl předpoklad o nezávislosti stupně vzdělání na formě kojení ve 3. a 5. měsíc po porodu.

Je vhodné srovnat výsledky praktické části bakalářské práce se zjištěními zahraničních studií uvedených v kapitole teoretické části *Socioekonomický status a jeho vliv na délku kojení*. Všechny výše zmíněné zahraniční studie potvrdily vliv socioekonomického statusu na ukazatele kojení, stejně tak výsledky výzkumu této

bakalářské práce zčásti prokázaly dopad socioekonomického statusu na průběh kojení – konkrétně na délku kojení.

U všech 3 skupin žen nastal v průběhu prvních 5 měsíců po porodu sestup výskytu plného kojení a vzestup výskytu nekojení. Otázkou však zůstává, proč jsou natolik signifikantní rozdíly ve výskytu plného kojení, respektive nekojení mezi 1. a 2. skupinou žen a mezi 1. a 3. skupinou žen ve 3. a 5. měsíci života dítěte. Ženy se základním vzděláním a středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky se jeví jako riziková skupina z hlediska ukončení kojení v období 3. a 5. měsíce po porodu. O vyšší tendenci k ukončení plného kojení u žen s absolvovanou základní školou či střední školou bez maturitní zkoušky je možno pouze uvažovat a je vhodné na toto téma ztvárnit detailnější výzkumy zabývající se faktory, které mohou být tohoto jevu příčinou.

Nižší dosažený stupeň vzdělání může být pro průběh kojení rizikový v případě, že je spojen s nižšími finančními příjmy a ženy nemají dostatek financí na pomůcky vhodné ke kojení, na pořízení relevantních zdrojů poskytujících informace o kojení a zajištění laktační poradkyně. Dalším důvodem k předčasnému ukončení kojení může být potenciálně nižší motivace k získávání informací týkajících se kojení, nebo na druhou stranu problematická selekce relevantních informací v dnešním informacemi přehlceným světě. Je nutno brát v potaz, že každá žena je individuální a není možné dělat hromadné závěry.

Ženy přestávaly kojit převážně v pozdním období (3. a 5. měsíci) i přesto, že výlučné kojení je doporučováno po dobu minimálně 6 měsíců, což také může mít původ v nepřítomnosti odborné pomoci. Tento problém by mohl být vyřešen, pokud by byla zavedena komunitní péče porodních asistentek a laktačních poradkyň dostupná pro všechny ženy, tedy taková péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění a poskytovaná v období alespoň prvních 6 měsíců od narození dítěte.

Nejčastější uvedené důvody pro ukončení kojení byly: nedostatek mléka, nedostatečná kvalita mléka, ztráta mléka, odmítání prsu dítětem a psychické důvody. Zmíněn zde byl i chybný přístup v péči o kojení ze strany zdravotnického personálu v porodnici, nemožnost zahájit laktaci, nedostatek času na kojení, onemocnění matky či hospitalizace dítěte, podání příkrmu vedoucí ke ztrátě zájmu dítěte, ukončení kojení z důvodu alergie dítěte na mléčnou bílkovinu či jiné nesnášenlivosti dítěte k mléku např. ve formě koliky. Některé ženy důvod bohužel neuvedly. Mnohé z těchto důvodů jsou však do jisté míry preventabilní.

Na základě těchto zjištění je vhodné převést do praxe jisté intervence a věnovat ženám více pozornosti a úsilí o edukaci v oblasti kojení. Maximální snahou ze strany zdravotnického personálu by mělo být předat matce co nejvíc validních informací týkajících se kojení. Žena by z porodnice měla odcházet s osvojením hlavních zásad a technik kojení a s jistotou, že kojení zvládne i bez nápomoci zdravotníků, případně se znalostí, na koho se při výskytu problému obrátit. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, tak hormonálně způsobeným nedostatkem mateřského mléka trpí minimum žen a za nedostatkem či ztrátou mléka častěji stojí nesprávná technika kojení či porušení zásad kojení, jako je například zavedení příkrmu nebo jiné tekutiny dříve než v 6. měsíci života

dítěte či užití lahve se savičkou atd. Ideálně by matka měla nabýt znalosti komplikací vztahujících se ke kojení, které mohou při procesu kojení nastat, a jak se s nimi nejlépe vypořádat. Zjištěno bylo, že důvodem k ukončení kojení mohou být právě i komplikace jako je mastitida, která je často pro ženu bolestivým a stresovým faktorem během procesu kojení. Žena by měla být obeznámena s benefity mateřského mléka, což může v matce posílit pocit smysluplnosti kojení. V moment, kdy si žena neuvědomuje výhody kojení mateřským mlékem, může dojít k předčasnému ukončení kojení. Avšak mohou nastat momenty, kdy se matce kojení i přes snahu skutečně nedaří a z kojení se stává začarovaný kruh, kdy stres celou situaci zhoršuje a snižuje laktaci. V tento moment je na místě ženu co nejvíce podpořit, utvrdit ji, že udělala maximum a nejedná se z její strany o selhání. Umělé mléko není pro dítě nijak nebezpečné, a proto v moment, kdy je dítě ohroženo nedostatečným příjmem živin, je na místě s ženou probrat kvalitní alternativy novorozenecké stravy.

Jedním z hlavních sdělení tohoto závěru je nutnost k ženám přistupovat individuálně, empaticky, trpělivě, s podporou a odhodláním co nejvíce pomoci.

Všechny poznatky, které tato bakalářská práce poskytuje vnímám jako velmi přínosné pro praxi. Stanovený cíl praktické části byl zcela naplněn, podařilo se zmapovat předem stanovené aspekty a propojit poznatky z teoretické části s poznatky z části praktické. Výzkum byl proveden pomocí kvalitních statistických technik a zohledňoval více faktorů.

Seznam použité literatury

1. BELIŠOVÁ, Martina. *Průvodce kojením: jak úspěšně kojit, zdravá výživa, léky a kojení, pomůcky při kojení*. Brno: Česká lékárna, [2013].
2. BĚLOHLÁVKOVÁ, Simona, Jiří BRONSKÝ, Iva BURIANOVÁ, et al. 1 – Kojení. *Česko-slovenská pediatrie. Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat*. 2014, **69**(Suppl 1), 7-9. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2014-suppl-1/1-kojeni-48773>
3. BINDER, Tomáš, Alena ROSEZÍNOVÁ, Ivana LAMKOVÁ a Ludmila LAMPLOTOVÁ. *Porodnická propedeutika: studijní texty pro obor Porodní asistentka : bakalářský studijní program ošetrovatelství*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7414-994-8.
4. DOKOUPILOVÁ, Milena a Martin GREGORA. *Co nás čeká v porodnici a co doma?*. Praha: EEZY Publishing, 2021. ISBN 978-80-908101-0-5.
5. DVOŘÁKOVÁ, Vlasta. Možnosti podpory kojení. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2020, **27**(2), 148-154. ISSN 1211-1058.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 2. část, Péče o novorozence. Vydání: druhé přepracované. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2021. ISBN 978-80-7013-607-2.
7. FLACKING, R., K. H. NYQVIST a U. EWALD. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *The European Journal of Public Health* [online]. 2007, **17**(6), 579-584 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1101-1262. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckm019
8. FLACKING, Renée, Fiona DYKES a Uwe EWALD. The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: A population-based cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health* [online]. 2010, **38**(4), 337-343 [cit. 2022-01-14]. ISSN 1403-4948. Dostupné z: doi:10.1177/1403494810362002
9. GASKIN, Ina May. *Průvodce kojením*. Praha: Argo, 2011. ISBN 978-80-257-0483-7.
10. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
11. HARÁKOVÁ, Hana. *Kojení a edukace*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Marta Šenkyříková.
12. HOLOWKO, Natalie, Mark JONES, Ilona KOUPIL, Leigh TOOTH a Gita MISHRA. High education and increased parity are associated with breast-feeding initiation and duration among Australian women. *Public Health Nutrition* [online]. 2016, **19**(14), 2551-2561 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1368-9800. Dostupné z: doi:10.1017/S1368980016000367
13. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. Kodex marketingu mateřského mléka - konflikt mezi ekonomikou a etikou? *Neonatologické listy*. 2014, **20**(2), 18-24. ISSN 1211-1600.

14. IBURG, Anne. *Výživa dětí: kojíme, krmíme, učíme jíst*. Praha: Svojtka & Co., 2009. ISBN 978-80-256-0223-2.
15. JIMRAMOVSKÝ, František a Martin FUCHS. *Kojení a začátky s výživou: průvodce s výživou v prvním roce života*. [Praha: Nutricia], 2011.
16. Kojení – šance pro miliony životů. *Medical tribune*. 2011, 7(26). ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr/archiv/445>
17. KUDLOVÁ, Eva. Význam dlouhodobého kojení. *Neonatologické listy*. 2013, 19(1), 34-36. ISSN 1211-1600.
18. LAKSONO, Agung Dwi, Ratna Dwi WULANDARI, Mursyidul IBAD a Ina KUSRINI. The effects of mother's education on achieving exclusive breastfeeding in Indonesia. *BMC Public Health* [online]. 2021, 21(1) [cit. 2022-03-23]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-020-10018-7
19. MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. 2013, 14(3), 201-204. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>
20. MYDLILOVÁ, Anna. Kojení – významný faktor pro Agendu 2030. *Časopis lékařů českých*. 2017, 156(8), 451-453. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-8/kojeni-vyznamny-faktor-pro-agendu-2030-62770>
21. MYDLILOVÁ, Anna. *Kojení*. Aktualizované vyd. [Praha]: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015. Odborná edice VZP ČR.
22. NEVES, Paulo A. R., Aluisio J. D. BARROS, Giovanna GATICA-DOMÍNGUEZ, Juliana S. VAZ, Phillip BAKER a Chessa K. LUTTER. Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. *International Journal for Equity in Health* [online]. 2021, 20(1) [cit. 2022-01-07]. ISSN 1475-9276. Dostupné z: doi:10.1186/s12939-020-01357-3
23. PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-216-9.
24. PEŘINA, Aleš a Pavlína KAŇOVÁ. Kojení, zdraví a veřejné zdraví. *Neonatologické listy*. 2017, 23(1), 36-37. ISSN 1211-1600.
25. POLOKOVÁ, Andrea. *Praktický návod na kojení*. Druhé vydání, první ve Slovartu. Praha: Mamila, [2020]. ISBN 978-80-276-0179-0.
26. Profesionální organizace porodních asistentek. *Wikiskripta.eu* [online]. San Francisco: projekt 1. lékařské fakulty a Univerzity Karlovy, příspěvek UK k výukovým zdrojům sítě lékařských fakult MEFANET, 2021, 13. 1. 2021 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Profesn%C3%AD_organizace_porodn%C3%ADch_asistentek
27. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

28. Rozšíření číselníků vybraných položek NRNAR - Aktuality - ÚZIS ČR. *Úvod – ÚZIS ČR* [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8354>
29. SARKI, Mahesh, Alexandr PARLESAK a Aileen ROBERTSON. Comparison of national cross-sectional breast-feeding surveys by maternal education in Europe (2006–2016). *Public Health Nutrition* [online]. 2019, **22**(5), 848-861 [cit. 2022-01-10]. ISSN 1368-9800. Dostupné z: doi:10.1017/S1368980018002999
30. Ten steps to successful breastfeeding. *WHO | World Health Organization* [online]. Copyright © [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
31. *10 kroků k úspěšnému kojení WHO-UNICEF (revize 2018)* [online]. Geneva: World Health Organization, 2018 [cit. 2021-10-10]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/novinky/10-kroku-k-uspesnemu-kojeni-who-unicef-revize-2018/>

Seznam použitých zkratk

°C	stupeň Celsia
μg	mikrogram
ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
ACTH	adrenokortikotropní hormon
APA	American Psychological Association
BFH	Baby-Friendly Hospital
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative
ČKPA	Česká komora porodních asistentek
ČR	Česká republika
ČSPA	Česká společnost porodních asistentek
dl	decilitr
DM	diabetes mellitus
EBF	exclusive breastfeeding
EBM	Evidence-Based Medicine
EBP	Evidence-Based Practice
EMA	European Midwives Association
FIL	feedback inhibitor of lactation
g	gram
hPL	lidský placentární laktogen
IBFAN	International Baby Food Action Network
ICM	International Confederation of Midwives
IgA	imunoglobulin A
ILCA	International Lactation Consultant Association
IU	mezinárodní jednotka
kcal	kilokalorie
kg	kilogram
LDR	let-down reflex
LLLI	La Leche League International
ml	mililitr
MM	mateřské mléko
n	celkový počet
SDGs	Sustainable Development Goals
SES	socioekonomický status
tt.	týden těhotenství
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNIPA	Unie porodních asistentek
VEX	vakuumextrakce
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

Seznam tabulek

<i>Tabulka 1</i> - Klasifikace žen dle dosaženého stupně vzdělání.....	38
<i>Tabulka 2</i> - Počet žen přijatých k dotazníkovému šetření – primární soubor žen.....	38
<i>Tabulka 3</i> - Počet žen přijatých k dotazníkovému šetření – primární soubor žen (uvedeno v procentech).....	38
<i>Tabulka 4</i> - Počet žen, které vyplnily první dotazník – výchozí soubor žen.....	39
<i>Tabulka 5</i> - Počet žen, které vyplnily první dotazník – výchozí soubor žen (uvedeno v procentech).....	39
<i>Tabulka 6</i> - Srovnání počtu žen v primárním souboru a výchozím souboru.....	40
<i>Tabulka 7</i> - Procentuální zastoupení žen, které z primárního souboru zodpověděly první dotazník.....	40
<i>Tabulka 8</i> - Spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření.....	41
<i>Tabulka 9</i> - Spolupráce žen při vyplňování dotazníkového šetření (uvedeno v procentech).....	41
<i>Tabulka 10</i> – Hromadné zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích.....	42
<i>Tabulka 11</i> – Hromadné zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích (uvedeno v procentech).....	42
<i>Tabulka 12</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen.....	43
<i>Tabulka 13</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen (uvedeno v procentech).....	43
<i>Tabulka 14</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 1. skupiny žen.....	44
<i>Tabulka 15</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 1. skupiny žen (uvedeno v procentech).....	44
<i>Tabulka 16</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob porodu.....	45
<i>Tabulka 17</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob porodu (uvedeno v procentech).....	45
<i>Tabulka 18</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen.....	46
<i>Tabulka 19</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen (uvedeno v procentech).....	46
<i>Tabulka 20</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 2. skupiny žen.....	47
<i>Tabulka 21</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 2. skupiny žen (uvedeno v procentech).....	47
<i>Tabulka 22</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob porodu.....	49
<i>Tabulka 23</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob porodu (uvedeno v procentech).....	49
<i>Tabulka 24</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen.....	50
<i>Tabulka 25</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen (uvedeno v procentech).....	50
<i>Tabulka 26</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 3. skupiny žen.....	51
<i>Tabulka 27</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 3. skupiny žen (uvedeno v procentech).....	51

<i>Tabulka 28 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob porodu</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 29 - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob porodu (uvedeno v procentech)</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 30 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka 31 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen (uvedeno v procentech) ..</i>	<i>53</i>

Seznam grafů

<i>Graf 1</i> - Počet žen přijatých k dotazníkovému šetření – primární soubor žen	39
<i>Graf 2</i> - Počet žen, které vyplnily první dotazník – výchozí soubor žen	40
<i>Graf 3</i> - Průběh kojení všech respondentek	42
<i>Graf 4</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen	43
<i>Graf 5</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 1. skupiny žen	44
<i>Graf 6</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 1. skupiny žen s ohledem na způsob porodu.....	46
<i>Graf 7</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen	47
<i>Graf 8</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 2. skupiny žen	48
<i>Graf 9</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 2. skupiny žen s ohledem na způsob porodu.....	49
<i>Graf 10</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen	50
<i>Graf 11</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů u 3. skupiny žen	51
<i>Graf 12</i> - Zastoupení forem kojení v jednotlivých obdobích u 3. skupiny žen s ohledem na způsob porodu.....	52
<i>Graf 13</i> - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen.....	53
<i>Graf 14</i> - Podíl plně kojících žen ve sledovaném období podle úrovně dosaženého vzdělání	55
<i>Graf 15</i> - Podíl nekojících žen ve sledovaném období podle úrovně dosaženého vzdělání.	55

Seznam příloh

<i>Příloha 1</i> - Míra nedokončení výzkumu v závislosti na stupni dosaženého vzdělání a způsobu porodu	69
<i>Příloha 2</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů	69
<i>Příloha 3</i> - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů (Pearson Chi-Square Test)..	69
.....	69
<i>Příloha 4</i> - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen	69
<i>Příloha 5</i> - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen (uvedeno v procentech)	70
<i>Příloha 6</i> - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen (Pearson Chi-Square Test)..	70
.....	70
<i>Příloha 7</i> - Schválená žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací	71
.....	71
<i>Příloha 8</i> - Informovaný souhlas pacienta pro zařazení do studie	72

Přílohy

Příloha 1 - Míra nedokončení výzkumu v závislosti na stupni dosaženého vzdělání a způsobu porodu

	STUPEŇ VZDĚLÁNÍ			ZPŮSOB PORODU	
	1. SKUPINA	2. SKUPINA	3. SKUPINA	Spontánní	Císařský řez
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
CHYBĚJÍCÍ DATA	0,54	0,14	0,27	0,28	0,31

Příloha 2 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů

	ZPŮSOB PORODU	
	Spontánní	Císařský řez
	Počet	Počet
1. SKUPINA	18	8
2. SKUPINA	25	12
3. SKUPINA	33	12

Příloha 3 - Zastoupení spontánních porodů a císařských řezů (Pearson Chi-Square Test)

		ZPŮSOB PORODU
VZDĚLÁNÍ	Chi-square	0,345
	df	2
	Sig.	0,842

Příloha 4 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen

		STUPEŇ DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ		
		1. SKUPINA	2. SKUPINA	3. SKUPINA
		Počet	Počet	Počet
14. DEN	plně kojeno	17	29	36
	částečně kojeno	7	8	6
	nekojeno	2	0	3
1. MĚSÍC	plně kojeno	15	27	32
	částečně kojeno	4	7	7
	nekojeno	4	1	3
3. MĚSÍC	plně kojeno	8	26	31
	částečně kojeno	2	4	8
	nekojeno	12	6	3
5. MĚSÍC	plně kojeno	6	19	23
	částečně kojeno	1	7	12
	nekojeno	12	9	4

Příloha 5 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen (uvedeno v procentech)

		STUPEŇ DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ		
		1. SKUPINA	2. SKUPINA	3. SKUPINA
		Počet	Počet	Počet
14. DEN	plně kojeno	65,4 %	78,4 %	80,0 %
	částečně kojeno	26,9 %	21,6 %	13,3 %
	nekojeno	7,7 %	0,0 %	6,7 %
1. MĚSÍC	plně kojeno	65,2 %	77,1 %	76,2 %
	částečně kojeno	17,4 %	20,0 %	16,7 %
	nekojeno	17,4 %	2,9 %	7,1 %
3. MĚSÍC	plně kojeno	36,4 %	72,2 %	73,8 %
	částečně kojeno	9,1 %	11,1 %	19,0 %
	nekojeno	54,5 %	16,7 %	7,1 %
5. MĚSÍC	plně kojeno	31,6 %	54,3 %	59,0 %
	částečně kojeno	5,3 %	20,0 %	30,8 %
	nekojeno	63,2 %	25,7 %	10,3 %


Příloha 6 - Srovnání průběhu kojení jednotlivých skupin žen (Pearson Chi-Square Test)

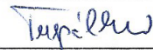

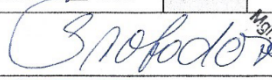
		VZDĚLÁNÍ
14. DEN	Chi-square	4,854
	df	4
	Sig.	,303 ^a
1. MĚSÍC	Chi-square	4,169
	df	4
	Sig.	,384 ^a
3. MĚSÍC	Chi-square	20,875
	df	4
	Sig.	,000 ^{a,*}
5. MĚSÍC	Chi-square	19,188
	df	4
	Sig.	,001 [*]

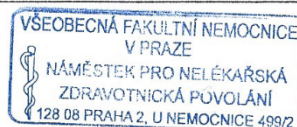
*. The Chi-square statistic is significant at the ,05 level.

a. More than 20% of cells in this subtable have expected cell counts less than 5. Chi-square results may be invalid.

Prá.

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 499/2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	---

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Tereza Trpáková		
Kontaktní adresa	Říčany, Mírová 93		
Telefon	702 185 844	e-mailová adresa	t.trpalkova@sczmmam.cz
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy		
Obor studia	Porodní asistence		
Téma závěrečné práce	Socioekonomický status a jeho vliv na děložní činnost		
Termín sběru dat	VII - IX. 2021		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Gynekologicko-porodnická klinika 1LFUK a VFN		
Zjišťované informace	Průběh porodu, dosažené vzdělání ženy		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	7.7.21	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	1.9.2021	Podpis	
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	- 2. 09. 2021	Podpis	



Mgr. Bc. Svobodová, Ph.D.

Informovaný souhlas pacienta

Název studie: Kojení pro 21. století

Jméno pacienta:

Datum narození:

E-mail:

Tel. číslo:

Pacient byl do studie zařazen pod číslem:

Odpovědní řešitelé: Tereza Trpálková, MUDr. Zdeněk Laštůvka, Miluše Plecerová

1. Já, níže podepsaná souhlasím s mou účastí ve studii: Kojení pro 21. století. Je mi více než 18 let.
2. Byla jsem podrobně informována o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává.
3. Porozuměla jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Do mé zdravotní dokumentace budou moci na základě mého uděleného souhlasu nahlédnout za účelem ověření získaných údajů zástupci zadavatele a nezávislých etických komisí. Pro tyto případy je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být mé údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez osobních údajů pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely v budoucnu mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze jako anonymizovaná data.
5. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměla jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.
7. Tento souhlas se zpracováním osobních údajů vyjadřujete na dobu nezbytně nutnou pro řádné vyhodnocení této studie.
8. Výsledky této studie mohou být publikovány v odborném tisku, mohou sloužit k výukovým a vědeckým účelům. Chtěli bychom zdůraznit, že se vždy bude jednat o souhrnné výsledky studie, ze kterých nebude možné Vás identifikovat. A také se nikde ve vyhodnocení studie neobjeví Vaše jméno či jiná informace, která by mohla vést k odhalení Vaší totožnosti.

Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis řešitele pověřeného touto studií:

Datum, čas:

Datum, čas:

