

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2024**

**Dominica Kotlantová**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV NELEKAŘSKÝCH STUDIÍ**

## **POSTOJE MATEK KE KOJENÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Dominica Kotlantová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2024

**CHARLES UNIVERSITY  
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**MOTHER'S POSITION ABOUT BREAST-FEEDING**

Bachelor's theses

Author: **Dominica Kotlantová**  
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2024

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

(podpis)

## **Poděkování**

Nejdříve bych chtěla poděkovat vedoucí práce, Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za její odborné vedení bakalářské práce, za její profesionální přístup, trpělivost a především cenné rady. Další poděkování patří samozřejmě mé rodině, především manželovi a dětem. Poděkování náleží rovněž respondentkám mého dotazníku, bez jejich ochoty věnovat několik minut dotazníku bych neměla možnost bakalářskou práci vypracovat.

<b>1. Obsah</b>	
ÚVOD .....	8
2. Postoje ke kojení v historii .....	10
2.1 Postoje .....	10
2.2 Postoje ke kojení v historii .....	10
2.3 Současné postoje ke kojení .....	13
3. Anatomie a vývoj prsu.....	15
3.1 Anatomie prsu .....	15
3.2 Vývoj prsu .....	15
3.3 Laktace .....	16
3.4 Tvorba a složení mateřského mléka .....	16
4. Kojení .....	19
4.1 Rooming-in .....	19
4.2 Problémy při kojení a jejich řešení.....	20
4.3 Techniky kojení.....	23
4.4 Výhody kojení .....	26
4.5 Faktory ovlivňující kojení .....	27
4.6 Alternativy kojení.....	29
4.7 Kontraindikace kojení .....	29
4.8 Dieta kojící ženy .....	30
4.9 Podpůrné programy kojení v ČR.....	33
5. Edukace .....	35
5.1 Edukační cíle .....	37
5.2 Edukace kojících žen.....	37
EMPIRICKÁ ČÁST .....	39
6. Cíle výzkumu.....	40
Hlavní cíl.....	40
Dílčí cíle .....	40
7. Metodika výzkumu .....	41
7.1 Použitá metoda .....	41
7.2 Zkoumaný soubor.....	41
7.3 Zpracování získaných dat.....	42
8. Vyhodnocení výsledků .....	42
DISKUZE .....	68
ZÁVĚR .....	78

Abstrakt.....	80
Abstract.....	81
Použitá literatura a prameny .....	82
9. Seznam zkratek.....	86
10. Seznam grafů .....	87
11. Seznam tabulek.....	88
12. Seznam příloh .....	89

# ÚVOD

V úvodu bych ráda věnovala pár slov výběru tématu bakalářské práce.

Mojí podmínkou pro výběr bylo, aby pro mne téma nebylo cizí. Vize byla vybrat téma, o kterém mám alespoň minimální znalosti.

Téma Postoje matek na kojení bylo tou správnou volbou, jelikož jsem matkou, tak bylo příjemné zvolit si téma, se kterým mám osobní zkušenost.

Problematika kojení, zda je nutné či nikoliv, je dlouhodobě probírána. Názory odborníků se shodují, rozchází se pouze v délce kojení, ale všichni kojení velmi doporučují.

Mezi laickou veřejností, tedy matkami, je mnoho názorů a zajímalo mne, který názor převažuje. Názory matek se velmi významně liší, některé o kojení nestojí, některé neměly dostatek informací, jak se tzv. rozkojit a jiné zkrátka „neumí“ přestat kojit i tříleté dítě. Téma bakalářské práce jsem si vybrala, když jsem byla těhotná – o kojení jsem si jako nastávající matka zjišťovala potřebné informace a radila se zkušenějšími.

Velmi mi ke zpracování pomohly rady, které jsem vyslechla v průběhu těhotenství od mé gynekoložky a následně rady v porodnici od sestřiček. Neuměla jsem si představit, jaké mohou mít ženy problémy s kojením, ať už byl problém na jejich straně či na straně dítěte. Přišlo mi neuvěřitelné, jak velké děti některé matky kojí nebo naopak jaký nezájem o kojení mají jiné matky a zajímalo mne proč.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo, kromě zjištění a porovnání názoru ostatních matek, sepsat brožuru. Brožura by obsahovala informace, které by shrnuly základní fakta o kojení.

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a empirické.

Teoretická část se věnovala hlavním pojmům v souvislosti s tématem kojení, problémům při kojení (na straně matky i dítěte), metodologickým doporučením, laktace, jak vlastně začíná kojení. Věnovala jsem se rovněž i faktorům, které mohou kojení ovlivnit. Na závěr teoretické části byly zmíněny i pomůcky na kojení, techniky a samozřejmě alternativy kojení.



V empirické části jsem se zaměřila na výzkumné šetření, které proběhlo za pomoci vytvořeného dotazníku. Dotazník byl v elektronické podobě umístěn na sociální síti, několik dotazníků v tištěné podobě byly rozdány mezi rodinu a známé.

## **2. Postoje ke kojení v historii**

### **2.1 Postoje**

Postoje přejímáme od dětství, od rodičů, od autorit (ve školce, škole), od osob nám blízkých. Abychom ukázali, že patříme do rodiny či určitého okruhu, přejímáme i postoje, zastáváme stejné názory.

„Názory jsou verbálním vyjádřením postojů“ (Kern a kol., 2015, s. 250).

V souvislosti s nabýváním znalostí, osamostatňováním se, začleňováním do různých skupin (školních, sportovních, ...) se nám postoje mění a mění se i hodnotový systém. Mezi chováním a postoji není přímá souvislost. Naše chování ovlivňuje strach, sociální normy i sebehodnocení (Kern a kol., 2015, s. 250 – 251).

V průběhu historie a společensko-kulturního vývoje se postoje ke kojení měnily.

### **2.2 Postoje ke kojení v historii**

Kojení se vyvíjelo u savců již před 200 miliony let a mnohdy bylo otázkou života či smrti pro dítě, bylo zkrátka nenahraditelné (Kašparová, 2017, s. 20).

Jedny z prvních dokumentů o výživě dětí pochází z dob 3000 před naším letopočtem. Rodit a kojit byl dar. Kojení bylo v matriarchální společnosti (ve společnosti, kde vládla žena) významné.

Dva lékařské papyrasy z 16. století před naším letopočtem poukazují na důležitost kojení, především pro nemocné děti. Mateřské mléko bylo užíváno pro přípravu jiných léků, léčbu ekzémů.

U bohatých rodin byly najímány kojné, náhražkou mateřského mléka bylo mléko od zvířat (kravské, kozí, ovčí, ...) (Tláškal, 2008).

Archeologické nálezy z doby kamenné mluví za ideál ženy, která byla schopna kojit jako o ženě s velkými nadry a kyprými hýžděmi – nejznámější věstonická Venuše. Tato žena byla symbolem hojnosti a plodnosti. V řecké mytologii panoval mýtus, že smrtelník

odkojený bohyní se stane bohem. Zeus, nejvyšší vládce Olympu, nechal svého syna zplozeného smrtelnicí nakojit u své spící manželky bohyně Héry. Malý Héraklés však sál velmi dychtivě až Héro probudil, ta prs vytrhla z úst dítěte, mléko vytrysklo až do nebes a tak vznikla mléčná dráha. Héraklés se stal jedním z bohů. Římané mají příběh o Romulu a Remusovi, které odkojila vlčice, a tím získali bojové vlastnosti vlka (Beranová, 2015, s. 8 – 9).

Ve starém Egyptě byla Isis, která odkojila budoucí krále považována za ideál. Avšak nekojily všechny ženy, kojení se týkalo spíše chudších vrstev. Bohaté ženy si najímaly kojné. Činily tak ze strachu ztráty atraktivnosti, společenského postavení (Tláskal, 2008). Soranos z Efezu sepsal požadavky na kojnou - otrokyni. Muselo se jednat o krásné ženy, které měly své 2 - 3 odkojené zdravé děti, nesměly být těhotné. Kladen byl i důraz na jejich povahu – musely být čistotné, srdečné a mírné povahy. Soranos považoval mlezivo za škodlivé (Beranová, 2015, s. 9).

V případě nedostatku mléka se použilo mléko kravské, kozí či ovčí. Děti, kterým bylo podáno jiné mléko než lidské, však umíraly. Démostenés (385 – 322 př. N. l.) a Aristotelés (322 – 304 př. n. l.) před tímto způsobem výživy u dětí varovali.

Ve středověku bylo kojení spjato především s křesťanskou náboženskou ideologií. Vyobrazována byla madona s dítětem. Madona byla symbolem mateřství a plodnosti neboť odkojila Ježíše. Mlezivo však nebylo považováno za vhodné (Beranová, 2015, s. 10).

Z prvního století našeho letopočtu se v indické literatuře nachází návod na výživu novorozence. Doporučení znělo: dítěti před přestřihnutím pupečníku vytřít ústa máslem a solí, poté dítěti dát med a džus. Po dobu 3 – 4 dnů bylo dítě živeno 3× denně máslem a medem (mixované se šťávou z kořinek). Teprve s nástupem laktace začalo dítě dostávat mléko a med.

V 15. století se dle Metlingera novorozené dítě dočkalo medu a mléka. Velmi brzy se zařadila ovesná kaše, chléb, polévka. Kojilo se přibližně do 2 let věku dítěte. Doporučoval, aby se mlezivo dalo vypít mladému psovi.

Renesance přinesla těsnání ženského těla do korzetů, ňadra byla spíše pro obdiv. Proti tomuto postoji ostře zbrojí církve. Francouzský kněz Oliver Maillard (konec 14. století) slibuje ženám, která svá prsa vystavují, jisté pověšení v pekle. V období renesance je standardním postupem u bohatých dam přenechat děti kojným. Nejednalo se však

o otrokyně, ale o dobře placené a svobodně se rozhodující ženy. Jelikož kojná v domácnosti s dítětem, které kojila, bydlela, nemohla být pohledná. Tento způsob byl odsuzován, neboť své vlastní děti kojné opouštěly velice brzy (ještě před dosažením dvou let) a měly blízký vztah s dětmi, které odkojily. Erasmus Rotterdamský (1461 – 1536) a J. A. Komenský (1592 – 1670) tento systém tvrdě odsuzovali.

J. J. Rousseau (1712 – 1781) ve svém díle Emil píše, že kojení připoutá matku k dítěti pevněji. A tvrdí, že podat dítěti mlezivo pomůže odchodu první stolice (smolky) (Vacučková, 2009, s. 16 –17).

Do 16. století je najímání kojných výsadou aristokracie, ovšem 17. století je záležitostí i buržoazie. Málokterý kojeneček je kojen svou matkou, kojení se považuje za vulgární. V této době stoupá úmrtnost kojenců.

V 18. století bylo první stravou dítěte kolostrum, dítě bylo přiloženo již několik hodin po porodu. Ženy jsou motivovány, aby své děti kojily – údajně tak vojenské a šlechtné vlastnosti vnesou do žil nemluvňatům. Vláda dokonce nekojícím matkám odmítala vyplácet sociální podporu.

19. století udávají trend panovnice, motivují osobním příkladem – kojí.

Britská královna Viktorie odkojila všech svých 9 dětí. Ruská carevna Alexandra Fjodorovna propustila své kojné. Německá císařovna Augusta Viktorie kojila všech svých 7 dětí, o kojení dokonce přednášela a nabádala k němu i ostatní ženy (Beranová, 2015, s. 11).

Významnou roli v propagaci kojení hrály porodní asistentky – porodní báby. Ty docházely na porod (většinou bez přítomnosti lékaře) a následně matky podporovaly v kojení. Najímání kojných postupně ztrácelo na oblibě, vymizelo začátkem 1. světové války.

V roce 1899 vydává Marfan monografii o výživě kojence. Navazují Finkelstein, Biedert a navrhují úpravu kravského mléka jako formu umělé výživy. Rozběhly se studie o rozdílech mezi mateřským a kravským mlékem (Tláskal, 2008).

Od roku 1987 není v České republice povoleno kojit cizí dítě – na doporučení WHO. (Kašparová, 2017, s. 25)

V roce 1989 vznikl Baby-Friendly Hospital, ve kterém/kdy se prosazovalo 10 kroků k úspěšnému kojení.

Minulé století přineslo rozvoj umělé výživy, která se zpočátku těšila velké oblibě – nastal útlum v přirozené výživě. Na vzestupný trend kojení měla vliv Laktační liga, která vznikla v roce 1998 – jednalo se o propagaci výživy mateřským mlékem. Laktační liga funguje ve spolupráci WHO a UNICEF, které kojení podporují.

Avšak díky pozorování rozdílu dětí kojených a dětí, které vyrostly na umělé výživě, se ukázalo, že kojené děti jsou zdravější. Netrpí respiračními onemocněními, průjmovými, mají lepší odolnost i vůči ostatním infekcím a netrpí na alergie. Odhalilo se, že kojené děti mají lepší smyslové i pohybové schopnosti.

### **2.3 Současné postoje ke kojení**

V dnešní době mezi odbornou veřejností není propagován jiný vhodnější způsob výživy dítěte než mateřské mléko. WHO a UNICEF doporučují zahájit kojení během první hodiny po narození. Plné kojení po dobu prvních 6 měsíců, bez dalších potravin či tekutin. Následně postupně zařadit potraviny (přiměřeně k věku) a pokračovat v kojení do jednoho či dvou let věku dítěte (World Health Organization, 2023).

Spousta nemocnic se zapojila do tzv. Baby-friendly hospital programu. Respektive statut Baby-friendly hospital získá ta nemocnice, která splní daná kritéria. Kritéria stanovila WHO, 10 pravidel k úspěšnému kojení (viz příloha č.1 10 kroků k úspěšnému kojení). Kojení je jedna z hlavních podmínek optimálního vývoje dítěte. Mezi deseti kroky k úspěšnému kojení je edukace žen o výhodách kojení, umožnit kojení do jedné hodiny po narození, praktikovat rooming-in či nedávat novorozencům dudlíky.

V současné době je podávání mateřského mléka podporováno všemi možnými způsoby. Nemocnice nabádají matky, které kojí k dárcovství mléka do tzv. mléčné banky. Preferováno je mléko od matek, jejichž dítě je staré maximálně půl roku. V České republice jsou 4 mléčné banky (při perinatologických centrech) – Hradec Králové, České Budějovice, Praha ÚPMD a Most (Nedoklubko, 2022).

Jsou snahy zakazovat reklamy na umělá dětská mléka. Na lidi (v tomto případě matky) mají marketingové nástroje velký vliv.

Lékaři a sestry v porodnici, následně dětská lékařka nabádají matky ke kojení dítěte. Apeluje se především na prospěšnost pro dítě. Děti mají odolnější imunitu, cítí pocit bezpečí a

dostávají výživově přesně to, co potřebují. Pozitivní dopad kojení se projevuje i později, kojené děti nemají výskyt obezity v období dospívání. V dospělosti je snižené riziko pro srdeční onemocnění.

Jsou známy nesporné výhody výlučného kojení, v oblasti výživy či smyslového a pohybového rozvoje dítěte. Je dokázáno, že kojení je prospěšné nejen pro dítě.

Do podvědomí laické veřejnosti se dostávají i informace o prospěšnosti kojení pro matku. U matek, které kojí je menší výskyt poporodních depresí a zároveň je u matek menší riziko výskytu rakoviny prsu.

Ačkoliv počet kojených dětí stoupá a dnes je moderní kojit kdekoli a kdykoli, je nadále nutné matky podporovat, edukovat a informovat o kojení a jeho prospěšnosti pro dítě.

## 3. Anatomie a vývoj prsu

### 3.1 Anatomie prsu

Prs (mamma feminina) je párový orgán uložený na přední straně hrudníku, laterálně od sternu. Jeho hlavní součástí je mléčná žláza. S věkem a počtem těhotenství se prs mění. Kůže prsu je jemná a vystupuje do prsního dvorce – areola mammae a prsní bradavky – papilla mammae. V průběhu těhotenství se prsa mění především pigmentem již zmíněných dvorců, náplň prsu se zvětší a mohou se lehce modifikovat i samotné bradavky. Dvorce mají průměr 3 – 5 cm, avšak v průběhu těhotenství a následného kojení se průměr zvětšuje. V chladu a při mechanickém dráždění bradavka ztuhne a vyvýší se nad okolí. Erektce prsní bradavky je podstatná pro kojení a je zajištěna hladkým svalem m. subareolaris. Prsní bradavka je zakončením až 20 nezávislých duktálních systémů, laloků. Laloky drénují asi 40 lobulů, lalůček a ty se sestávají z 10 – 100 alveolů a acinů produkujících mléko. Pokud žena nebyla těhotná, nemá plně vyvinutou prsní žlázu.

viz příloha č. 2 obrázek anatomie prsu

### 3.2 Vývoj prsu

V embryonálním období se neohledě na pohlaví zakládá pruh epitelového ztlustění – od podpaží k tříslům. V tomto pruhu se vytváří základy apokrinálních žláz, které se následně vyvinou v mléčnou žlázu.

Vývoj prsu v dětství a dospívání započne zvednutím areoly s bradavkou – infantilní mamma. Následně prs nabyde pupencovitého tvaru, je nízký – areolomamma. Na závěr vytváří klenutý, nízký prs se zřetelnou bradavkou – mamma papilata (Pilka, 2022, s. 307 – 308).

Mléčná žláza a tuková tkáň tvoří prs.

Mléčná žláza neboli glandula mammariae je složena z 15 až 20 laloků, z každého laloku vystupuje mlékovod (ductus lactifer) a každý mlékovod má vyústění na bradavce. V těhotenství prochází výraznou změnou, kdy se připravuje na laktaci. „Tento vývoj

mlékotvorného aparátu je podpořen hormony tzv. laktogenního hormonálního komplexu. Kromě zmíněných estrogenů, progesteronu, hCG se podílí i hPL, kortizol a inzulin“ (Binder, 2011, s. 84 – 85).

Tuková tkáň ovlivňuje samotný tvar prsu. Dělí se na premamární a retromamární tuk. V průběhu života ženy se prs mění vlivem menstruačního cyklu, těhotenství či involuce ve stáří.

### **3.3 Laktace**

Laktace je tvorba a vylučování mléka z mléčné žlázy.

Hormony (prolaktin, oxytocin a endorfin) podněcují neustálou tvorbu mateřského mléka.

Hormony, které tvorbu zajišťují, jsou stimulovány sáním dítěte, tedy délkou a frekvencí sání.

Ke správnému počátku laktace přispívá fyziologické těhotenství i porod. Následný bonding a včasné přiložení dítěte k prsu – aktivně je dítě schopno sát až okolo 50. minuty života (Bayer, 2011, s. 238).

### **3.4 Tvorba a složení mateřského mléka**

Složení mateřského mléka se liší vzhledem ke stáří (a potřebám) dítěte. Mléko obsahuje imunoglobuliny z těla matky a dítěti tedy pomáhá vytvořit imunitu.

Nejdříve prsní žlázy produkují mlezivo (neboli kolostrum) zhruba do třetího či čtvrtého dne po porodu. Dále je přechodné mléko (do 20. dne) a poté přichází na řadu zralé mléko (přibližně 14 dní po porodu). To jak dlouho bude matka dítěti podávat kolostrum, než přejde na zralé mléko je individuální děj ovlivněný četností kojení.

MM obsahuje bílkoviny, tuky, sacharidy, cholesterol, sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík, železo, zinek, jód, selen, měď, mangan, obsahuje také vitaminy ve variabilním množství.

Složení zralého mateřského mléka se mění během dne a v průběhu vývoje dítěte.

Tvorba mateřského mléka je ovlivněna prolaktinem z adenohipofýzy, který zároveň tlumí menstruační cyklus. Stimuluje rozvoj mléčné žlázy a laktaci po porodu. Prolaktin má uklidňující vliv – snižuje riziko poporodního blues. V menším množství se produkuje



již v průběhu těhotenství, ale bývá blokován těhotenskými hormony (především gestageny) (Bubeníková, 2009, s. 13).

Oxytocin ze zadního laloku hypofýzy uvolňuje mléko z prsních žláz. Při stimulaci prsou, dělohy, a pochvy se vyplaví do těla. Důležitost hraje i v průběhu porodu, jelikož vyvolává stahy dělohy (Binder, 2001, s. 85).

### **Kolostrum**

Kolostrum neboli mlezivo se tvoří v posledních týdnech těhotenství a pár dní po porodu. Vytváří ochranu proti cizorodým molekulám a poskytuje protilátky proti mikroorganismům (způsobujícím například průjemové onemocnění).

Kolostrum je hustší tekutina žluté barvy, která má projímavé účinky – vyloučení smolky z gastrointestinálního traktu. Mlezivo má vysoký obsah IgG, který je nutný pro ochranu proti slizničním infektům novorozence.

Čtvrtinu mleziva tvoří bílkoviny chránící imunitu – imunoglobulin A, lyzozym a lactoferin. Lactoferin příznivě působí na růst bakteriálního kmene *Lactobacillus bifidus*. Kolostrum obsahuje rovněž leukocyty (Hronek, 2004, s. 29 – 32).

### **Bílkoviny**

Obsah bílkovin v mléce je do určité míry závislý na obsahu bílkovin ve stravě matky.

Nejbohatší na bílkoviny je mlezivo, které je naopak chudší na tuky a sacharidy. Čím zralejší mléko, tím více energie obsahuje (kolostrum 56 kcal/100 ml oproti zralému mléku až 70 kcal).

Laktalbumin, kasein a vyšší obsah volných aminokyselin a cystein – hlavní bílkoviny mateřského mléka.

Na rozdíl od bílkoviny v umělém mléce, bílkovina v mateřském mléce nezatěžuje ledviny.

### **Tuky**

Hladina tuku v mateřském mléce se mění v průběhu dne – největší podíl je odpoledne. V průběhu kojení žena podá dítěti tzv. přední a zadní mléko. Přední mléko je na žízeň, obsahuje tedy méně tuku než mléko zadní.

Mateřské mléko je bohaté na cholesterol – 160 mg/l.

### **Sacharidy**

Nejvýznamnějším sacharidem v mateřském mléce je laktóza – pomáhá resorpci železa a kalcia. Zralé mléko má vyšší obsah sacharidů než kolostrum.

### **Vitaminy**

Mateřské mléko je chudé na vitamin K, E a D (vitamin K je podáván novorozencům intramuskulárně záhy po porodu). Vitamin B bývá v dostatečném množství.

### **Minerální látky a stopové prvky**

Mateřské mléko obsahuje dostatečné množství minerálních látek i stopových prvků. Využitelnost železa z mateřského mléka je 49 % (Hronek, 2004, s. 195 – 206).

## 4. Kojení

Na začátek si definujeme základní pojem, kterého se celá práce bude týkat – KOJENÍ.

Kojení je nejpřirozenější a zároveň nejlepší možností jak nasytit dítě. Přestože je toto tvrzení známé, najdou se matky, které si dobrovolně zvolí možnost nekojit. Světová zdravotnická organizace WHO doporučuje výlučné kojení po dobu šesti měsíců. WHO rovněž doporučuje, aby se kojení započalo během první hodiny po porodu.

Kojení nasycuje dítě nejen fyzicky, ale i psychicky. Při každém kontaktu dítěte s matkou se prohlubuje pouto mezi nimi. Kojené dítě nasycuje žaludek a rovněž pocít bezpečí a jistoty. Kojení je důležité i pro utváření sebejistoty v dospělosti.

Nespornou výhodou kojení je rovněž blahý vliv na imunitu – v dětství a následně i v dospělosti. Dítě, které bylo kojeno má v dospívání nižší riziko nadváhy či obezity. Menší riziko infekčních onemocnění (Weigert, 2006, s. 19 – 20).

Kojení je nejlepší volbou také proto, že se jeho složení mění dle potřeb dítěte. Obsahuje veškeré složky, které dítě v daném vývojovém stádiu potřebuje.

O případném dokrmování či přechodu na umělé kojenecké mléko by měl rozhodnout dětský lékař.

Váhový úbytek je fyziologický děj, který je nejvýraznější třetí den po porodu (asi 10 – 15% porodní váhy), poté se hmotnostní křivka opět obrací.

Podpora žen v kojení, dostatek informací a informace o technice a výhodách kojení by měly být poskytnuty každé ženě.

### 4.1 Rooming-in

Tento pojem znamená kontakt dítěte s matkou 24 hodin denně. Dítě je s matkou na pokoji a matka přebírá péči o dítě. Za pomoci zdravotnického personálu se učí s dítětem manipulovat, přebalovat ho či vykoupat (Dušová a kol., 2019, s. 102).

Matka se díky systému rooming-in učí lépe rozpoznat základní potřeby dítěte. Matka se učí poznávat signály, že má dítě hlad. Snižuje se stres u dítěte, zlepšuje se vazba a prohloubení důvěry mezi matkou a dítětem. Snižuje se výskyt poporodních depresí. Oddělení dítěte od matky je nevhodné pro obě strany – matka se hůře sžívá s rolí matky a dítě více pláče (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 55 – 56).

## **4.2 Problémy při kojení a jejich řešení**

Zpočátku kojení jsou prsa citlivější, avšak spoustě problémům lze předejít správnou technikou kojení a péčí o prsa.

Zarudlá a horká místa signalizují problém. Prevencí by měla být dostatečně prostorná podprsenka, do ní by si žena měla vložit absorpční vložky. Prsa by žena neměla omývat mýdlem, oleji ani jinými dezinfekčními prostředky, nevhodné je používání parfémů – dítě matku pozná po čichu.

Ze strany matky se jedná o nedostatek mléka, nezkušenost s kojením, případně nereálné představy o kojení, nedostatečná podpora v rodině či okolí. Věk matky – příliš mladé i starší matky (nad 35 let). Komplikovaný porod, choroby matky, anomálie bradavek či prsou obecně.

Mezi nemoci, které ovlivňují kojení negativně, patří preeklampsie, anemie, nemoci štítné žlázy, diabetes mellitus, obezita, syndrom polycystických ovarií.

Nedostatek živin (bílkovin, jódu, železa, ...), abúzus tabáku či alkoholu, nadměrná zátěž matky nebo porucha příjmu potravy u matky jsou rovněž problémem, který matce znesnadňuje kojení (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 41).

### **Bolestivé bradavky a ragády**

Obvykle po 3 – 4 dnech po porodu jsou bradavky citlivější. Většinou jsou i zarudlé, avšak tento jev by měl během několika málo dnů vymizet.

V případě, že dítěti začnou růst zuby, můžou bradavky bolet i v případě, že matku několikrát kousne. Většina dětí se však naučí během kojení nekousat, zjistí, že to není třeba.

Na tento bolestivý projev se doporučuje po bradavkách po každém kojení rozetřít mateřské mléko, případně mast Calcium či Bepanthen.

## **Retence mléka**

Retence zpravidla postihuje jeden prs. Často vzniká při nepravidelném střídání prsou při kojení, při omezování kojení či nesprávném způsobu kojení.

Projevem je zduření, zarudnutí prsu a zvýšená únava i teplota matky.

Úlevou je zvýšená frekvence kojení – tam, kde má dítě bradu masíruje prs a napomáhá odstranění retence.

Pomáhají teplé obklady, teplá sprcha a následná masáž prsu (Dušová a kol., 2019, s. 113 – 114).

## **Zánět prsu (mastitida)**

Zánět prsu může být a nemusí být spojen s infekcí. Nejčastěji se mastitidy vyskytují v šestinedělí. Poškození bradavek je přímo vstupní branou pro infekce. Vynechané kojení, ukončování kojení, dlouhé intervaly mezi kojením, nesprávná technika, onemocnění matky či dítěte, těsné oblečení (podprsenka), nadměrná produkce mléka či zablokovaný mlékovod mohou zapříčinit mastitidu. Projevem je otok prsu, zarudnutí, bolestivost, matka je unavená a mívá zvýšenou teplotu.

Řešením je časté a efektivní odsávání mléka. Matka by měla kontrolovat efektivitu odsávání mléka a v případě potřeby mléko odsát ručně (odsávačkou). Je nutný odpočinek matky, dostatek tekutin a vhodné oblečení. Pokud problém přetrvává déle než den, obvykle jsou nasazena antibiotika, která by samozřejmě měla být kompatibilní s kojením (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 39 - 40).

## **Slabý či silný vypuzovací reflex**

Ať už je reflex slabý nebo silný, činí problém. Pokud je slabý vypuzovací reflex je obtížné mléko dostat z prsu. Na vině bývá rozpoložení matky, ta bývá ve stresu. Nejdůležitější tedy je, aby se žena uklidnila, kojila uvolněná a případně odsávala, aby se podpořila tvorba mléka a tím se posílil vypuzovací reflex. Lze vyzorovat na chování dítěte, že se odtahuje od prsu, je neklidné v průběhu kojení.

## **Nedostatek mléka**

Jinak nazváno laktační krize, přirozeně nastává během 3. a 6. týdne, následně během 3. a 6. měsíce. Způsobená krize je fyziologická, dítě roste a má větší spotřebu mléka, matce chvíli trvá, než se přizpůsobí na vyšší výrobu mléka. Během pár dnů by měl problém

vymizet.

Obavou z nedostatku mléka trpí většina matek v časném poporodním období. Avšak matka by neměla ihned přejít na umělé mléko, tento problém totiž často zapříčiňuje předčasné ukončení kojení. Občas může být na vině nedostatečné uvolňování mléka z prsu, které vede ke snížení produkce mléka. Řešením je kontrolovat správnou techniku přísátí a polohy dítěte. Separace dítěte od matky, spavé dítě či používání dudlíků může tento problém rovněž způsobit.

### **Anatomické změny prsu**

Ženám s vpáčenými či plochými bradavkami se již v těhotenství doporučuje, aby si nasazovaly tzv. tvarovače bradavek.

Hypoplazie mléčné žlázy, operace prsů v anamnéze, mastektomie mohou způsobovat rovněž problémy v oblasti kojení.

### **Nalítá prsa**

Nadbytečná výroba mléka způsobuje rovněž bolest. Úlevu přináší odstříkávání, ale pouze do pocitu úlevy. Pokud by žena odstříkovala větší množství mléka, akorát by prs stimulovala k větší produkci mléka. Prsa mezi kojením zchladit. Pití šalvějového či mátového čaje by mělo snížit produkci mléka (Dušová a kol., 2019, s. 115).

Ze strany dítěte se může jednat o nezralé dítě (narozené před 38. týdnem). Komplikovaný porod (asfyxie, hypoxie, ...), špatná technika kojení, ikterus. Dítě může být spavější a může mít problém s přísátím. Různé poruchy – anomálie, neurologické problémy, vysoký hmotnostní úbytek.

### **Ikterické dítě**

Ikterické dítě bývá spavější, méně se hlásí o jídlo. Novorozenec, který je léčen fototerapií má větší spotřebu tekutin – přesto není nutné dítě dokrmovat umělým mlékem (Dušová a kol., 2019, s. 114 – 115).

### **Novorozenec s nízkou porodní vahou**

Kojení je pro novorozence s nízkou porodní vahou obzvláště důležité. U hypotonických a nedonošených dětí se při kojení volí vzpřímená poloha. Pokud to tedy zdravotní stav dítěte dovoluje (udrží tělesnou teplotu, dýchá a je schopno polykat) je přiložen

k prsu. Nedonošené dítě lze přiložit od 30. gestačního týdne, avšak úspěšnost bývá až od 32. gestačního týdne.

### **Špatně se přisávající dítě**

Ačkoliv je sací reflex vrozený, může se dítě někdy špatně přisát. Na porodnických odděleních sestry během prvních kojení matky pozorují a edukují o správném přiložení a sání dítěte, o správné poloze na kojení a i o možných problémech. Je nutné u dítěte vyvolat správný hledací reflex – dotykem prsu o tvář, dítě se otočí a snaží se najít bradavku. Zajištění správné polohy na kojení je klíčové, někdy se může stát, že je dítě při kojení neklidné a bradavku po chvíli kojení pustí – na vině bývá právě špatná poloha. Někdy příliš velká či nalitá prsa znemožňují správné přisátí dítěte.

### **Separace dítěte a matky**

Při fyziologickém těhotenství a porodu bez komplikací (kdy je matka i dítě bez potíží) je umožněn bonding a následný rooming-in proces. Avšak vlivem komplikací při porodu či zdravotním stavem matky či dítěte může dojít k separaci a tím je ovlivněna i tvorba mateřského mléka. Matku je nutné poučit a psychicky podpořit v odstříkávání mléka každé 2 - 3 hodiny. Měl by být umožněn alespoň nějaký kontakt s dítětem a co největší psychická pohoda matky.

## **4.3 Techniky kojení**

Ačkoliv se může zdát, že kojení je věc naprosto přirozená a jednoduchá, některé matky mívají ze začátku problém. V porodnici je však erudovaný a ochotný personál každé matce poradit správnou metodologii kojení. Zpočátku je každá prvorodička vděčná za všeobecné rady a doporučení ohledně kojení, postupem času si s dítětem vytvoří svůj vlastní systém v kojení. Ze začátku se doporučuje, aby matka během jednoho kojení vystřídalala obě prsa – aby se tzv. rozkojila. Obvyklé je, že si matka později najde systém a prsa během dne střídá, v tom případě má jedno prso na 4 - 8h pauzu a tím se upravuje i tvorba mléka (která je závislá na spotřebě dítěte). Vhodné je prsa pravidelně střídát, aby byly bradavky stimulovány rovnoměrně

Je dobré střídat různé polohy na kojení – především proto, že při změnách polohy dítěte během kojení je jeho bradou masírována jiná část prsu a to tedy pozitivně působí, aby nedocházelo, že je některá mléčná žláza nedostatečně vyprázdněna.

Jednotlivé pozice při kojení jsou samozřejmě závislé na zručnosti matky a na velikosti prsou. Některé pozice jsou vhodnější pro ženy po císařském řezu. Trendy radí využívat tzv. kojící polštář, postačí však obyčejný polštář a spousta matek si poradí i bez pomocníka a drží dítě plnou vahou na ruce.

Nejdůležitější je, aby matka i dítě měli pohodlnou pozici – matka by měla mít vypodložená záda. Základní poučkou je, že dítě se přikládá k prsu, nikoliv prs k dítěti. Prsu by se měla dotýkat brada, tvář i nos dítěte. Během kojení by matka neměla dítě mást a dotýkat se jeho obličeje či hlavičky. Při ukončování kojení či potřebě kojení přerušit by matka neměla bradavku vytahovat z úst miminka, ale měla by mu vložit do úst svůj malíček a tím uvolnit podtlak a bradavku opatrně vysunout z úst dítěte (Dušová a kol., 2019, s. 106 – 110).

Uvedeme zde pozice na kojení:

### **Pozice vleže**

Matka i dítě leží v posteli na boku. Matka má spodní ruku okolo dítěte, ruka by měla být uvolněná – ideálně by matka měla mít vypodloženou hlavu například polštářem. Matka kojí z toho prsu, na kterém boku leží - viz příloha č. 3.

### **Pozice vleže na zádech**

Vhodné po SC nebo pro děti, co mají problém s přisátím. Tato pozice snižuje tlak na jizvu - viz příloha č. 4.

### **Pozice vsedě**

Matka sedí, má vypodložená záda – sed jí je pohodlný (po porodu sedí na nafukovacím kruhu a nohy má položené na stupínku/schůdku). Dítě leží čelem k matce na boku. Matka v případě kojení z levého prsu, dítě podpírá předloktím levé ruky, pravou rukou přidržuje prs/případně nasměruje dítě k prsu. Dítě by mělo mít spodní ruku okolo pasu matky - viz příloha č. 5.



### **Pozice v polosedě**

Vhodné po císařském řezu. Matka je v posteli, má vypodložená záda do polosedu – doporučuje se, aby si peřinou vypodložila pod kolena. Matka si dá na břicho polštář a tím snižuje tlak na jizvu po SC (= sectio cesarea, císařský řez) - viz příloha č. 6.

### **tzv. Fotbalové držení**

Pozice doporučena po císařském řezu, při plochých bradavkách, nebo pokud má matka velká prsa. Dítě leží na předloktí matky, pokud matka kojí z levého prsu, podpírá dítě levou rukou (dítě má nohy pod levým podpažím matky). Předloktí levé ruky si matka vypodloží, případně položí na opěradlo křesla - viz příloha č. 7.

### **tzv. Poloha tanečnicka**

Vhodné pro nedonošené děti, nebo děti, které mají problém se přisát. Dítě leží opět na matčině předloktí, ale v případě kojení z levého prsu matka drží pravou rukou. Levá ruka drží prs - viz příloha č. 8.

### **Vertikální vzpřímená poloha**

Ideální pro nedonošené děti, nebo pro děti, co mají malou bradu. Jednou rukou matka drží dítě, které „sedí“ obkročmo na matce a druhou rukou drží prso. Při kojení z pravého prsu, podpírá matka pravou rukou a levou drží prs - viz příloha č. 9.

### **Specifické polohy – kojení dvojčat/tandemové kojení**

Kojí se obě děti současně, lze volit různé polohy, které jsem výše zmínila – nejčastěji fotbalové držení. Každé dítě má svůj prs - viz příloha č. 10.

### **Specifické polohy – kojení trojčat**

Většinou matka nakojí naráz dvě děti (viz kojení dvojčat) a třetí poté dokojí samostatně.

Důležité při všech technikách je správné držení prsu – písmeno C. Matka prs drží zespodu – prsty pod prsem a palec nad dvorcem. Prsty se nedotýkají dvorce (Dušová a kol., 2019, s. 102).

## 4.4 Výhody kojení

Kojení má výhody pro matku i pro dítě. Dle WHO by dítě mělo být výlučně kojeno prvních 6 měsíců života, poté zavést příkrmy a v kojení pokračovat do 2 let a déle. Cílem WHO je, aby bylo procento kojenných dětí co nejvyšší (v ČR je kojeno necelých 50 % kojenců).

„Zatímco ve svém nutričním obsahu je mateřské mléko nenahraditelné, v oblasti imunologie a dlouhodobého prospívání nikoliv“ (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 212).

### Výhody kojení pro dítě

U kojenných dětí je menší riziko SIDS (= sudden infant death syndrome, syndrom náhlého úmrtí kojence). Nižší riziko alergií, v dospívání či dospělosti je menší výskyt cukrovky, srdečních a cévních onemocnění a spoustu dalších závažných onemocnění (například Crohnova choroba). Snižuje výskyt nadváhy či obezity u dětí.

Mateřské mléko obsahuje protilátky. Kojenné děti mají menší výskyt kolitid (protilátky IgA proti *Escherichia coli*), zubního kazu a ortodontických problémů.

MM nezatěžuje ledviny natolik jako umělá kojenecká mléka, neboť neobsahují takové množství bílkovin.

MM obsahuje lysozym a lactoferin, což jsou složky nespecifické imunity.

Čas, kdy matka kojí své dítě, prohlubuje pouto mezi nimi. Dítě má pocit jistoty a bezpečí, zajišťuje správný sociální a psychický vývoj dítěte (Hronek, 2004, s. 32 - 33).

Kojení má pozitivní vliv na IQ dítěte a jeho psychomotorický vývoj.

### Výhody kojení pro matku

Kojení napomáhá involuci dělohy, hormon oxytocin, který se vyplavuje, stahům napomáhá. Zpočátku matka během kojení může pociťovat bolest v podbříšku.

U matek, které kojí je nižší výskyt úzkostí a depresí.

Kojení snižuje riziko výskytu rakoviny prsu i výskyt diabetes mellitus 2. typu

a osteoporózu (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 11).

Matky by neměly v období kojení držet žádné přísné diety a měly by se vyhýbat nadměrným fyzickým aktivitám (především v šestinedělí). Redukci váhy matka z části přenechá energeticky náročné výrobě MM.

Ekonomická výhoda – kojení je zadarmo.

Logistická výhoda, matka má mléko vždy s sebou v ideální teplotě, nejlepší kvalitě a dostatečném množství. Nemusí umývat žádné lahvičky, shánět převařenou vodu, zkrátka nemá žádnou práci s přípravou potravy pro dítě.

## **4.5 Faktory ovlivňující kojení**

Kojení ovlivňuje spousta faktorů – nedostatek znalostí, nedostatečná podpora matky, nedostatek sebevědomí matky, nezkušenost v rodičovství.

### **Prenatální období**

Pozitivní podpora kojení je ovlivněna informacemi, které žena načerpá v gynekologické ordinaci. Nedílnou součástí jsou předporodní kurzy, které jsou v posledních letech oblíbené. Je třeba matky edukovat, že ačkoliv se spousta cenných rad dá načerpat ze zkušeností v rodině či mateřských webech na internetu, je třeba vždy poslouchat rady odborníků.

Sebevědomí matky, které ovlivňuje názor matek na kojení lze posilovat kromě předporodních kurzů i čtením knih od odborníků.

Motivace pro kojení začíná u lékařů či sester, které žena v těhotenství navštěvuje.

Nesporný vliv na úspěšné kojení má přístup sester v porodnici.

Žena by samozřejmě měla být dotázána na přání ohledně kojení, měly by jí být poskytnuty informace o výhodách kojení. Měla by být personálem plně podporována ke kojení a povzbuzována v případech, že zpočátku kojení příliš nevychází (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 56 - 57; 63).

## **Bonding**

Bonding znamená utváření vztahu mezi matkou a dítětem, tedy umožnění jejich kontaktu bezprostředně po porodu. Skin to skin – přímý kontakt matky s novorozencem kůže na kůži. Díky bondingu matka dokáže citlivěji reagovat na potřeby dítěte, usnadňuje laktaci a tlumí pláč u dítěte.

V případě císařského řezu, kdy není matka schopna bondingu, je dnes obvyklé, že bonding provádí otec dítěte. Otec se svleče do půl těla a přivine dítě na hrudník (Dušová a kol., 2019, s. 78 - 79).

Zdraví a donošený novorozenec, kterému je umožněn kontakt skin to skin se po porodu stabilizuje hladina glukózy, termoregulačně i respiračně lépe. Dítě nepocit'uje takový diskomfort, který se projevuje pláčem.

Oxytocin u matky stoupá během první hodiny po porodu a tím jsou u ní spuštěné vrozené pečovatelské vlohy. Na dítě má stejně pozitivní vliv, jako na matku – matka si bondingem posílí mateřské schopnosti. Lépe reaguje na potřeby dítěte, prokazuje větší sebedůvěru, klesá riziko vzniku poporodních depresí.

U fyziologického těhotenství, porodu bez problému, dítěte, u kterého byl vyhodnocen klinický stav a Apgar skóre a matky, která nemá zdravotní riziko či komplikaci je žádoucí bonding podpořit (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 49 - 50).

Skin to skin kontakt by se měl odložit pouze v případě, že matka či dítě vyžadují urgentní lékařskou péči.

Bonding je vřele doporučován i po císařském řezu. Pokud je SC (sectio caesarea, císařský řez) prováděn v lokální anestezii je to vhodné. Při celkové anestezii je vhodné dítě alespoň přiložit ke spící matce. Ženy po SC mají komplikovanější start kojení i snížený výskyt výlučného kojení. Avšak kontakt kůže na kůži může zlepšit zahájení kojení (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 53 - 55).

Vertikální poloha dítěte při bondingu na břicho matky napomáhá k odloučení placenty.

## **Samopřisátí**

Při fyziologickém porodu je kojení děj, který nastoupí automaticky. Zdravý donošený novorozenec se rodí s instinktivní motivací ke kojení. Při kontaktu kůže na kůži jsou schopni najít prs a přisát se – samopřisátí.

## 4.6 Alternativy kojení

Pokud matka nemůže kojit – dítě není schopno sát, nebo musí dokrmovat, měla by být edukována o alternativních způsobech krmení dítěte. Sání z lahve je jiné než z prsu, je snazší a dítě tedy může začít preferovat láhev místo prsu a to není žádoucí (Dušová a kol., 2019, s. 111 - 112).

### a) Krmení po lžičce

Dítě ve svislé poloze, lžičku s mateřským mlékem přiložíme ke rtům dítěte a vyčkáváme na sací pohyby. Jakmile dítě sací pohyby vykoná, lžičku nakloníme a vlijeme mléko do úst dítěte. Musíme pomalu a poskytnout dítěti dostatek času na polknutí mléka.

### b) Krmení po prstu

Krmení stříkačkou po prstu. Dítě ve svislé poloze. Do úst dítěte vložíme prst (malíček, do poloviny druhého článku, nehtem k jazyku a bříškem k hornímu patru). Dítě by mělo začít vykonávat sací reflex. Po prsu zavedu stříkačku naplněnou mlékem, avšak mléko nesmí samo vytékat – dítě musí sát.

### c) Krmení z kádinky

Dítě ve svislé poloze. Zafixujete ruce do látkové pleny. Mírně nakloněnou kádinku přiložíme k ústům dítěte a dítě by mělo vysunout jazyk z úst.

### d) Krmení pomocí cévky

Dítě ve svislé poloze. Obdobně jako pro krmení stříkačkou po prstu – vloží se malíček dítěti do úst. Dítě začne sát a poté se vloží dítěti cévka napojena na stříkačku do úst (mléko samovolně nevytéká) a dítě vysaje mléko.

## 4.7 Kontraindikace kojení

Galaktosemie, fenylketonurie – individuálně je kojení možné. Při galaktosemii nedokáže organismus dítěte zpracovat galaktózu, protože mu chybí enzym na její štěpení. Novorozenci nemohou být kojeni. Při fenylketonurii je porucha trávení fenylalaninu. Při zjištění této metabolické poruchy se sleduje hladina fenylalaninu, když by byly hodnoty vysoké, musí se dítě odstavit od mateřského mléka.

Děti matek s HIV/AIDS. Hrozil by přenos viru či onemocnění na dítě. Matky se během těhotenství testují, pokud se prokáže přítomnost, jsou zařazeny do profylaktického programu. Je jim doporučen císařský řez a nedoporučuje se kojení.

Léčba matky kontraindikovanými léky, radioizotopy. Jedná se o léky, které matka nemůže vysadit – například antidepresiva.

Přechodná kontraindikace je u onemocnění TBC (odstříkané mléko lze podávat, ale blízký kontakt s nakaženou matkou dítě vystavuje riziku) nebo u aktivního herpes na prsu matky.

#### **4.8 Dieta kojící ženy**

Dieta kojící ženy by měla být obdobná jako v průběhu těhotenství – pokud trpěla během těhotenství potravinovou intolerancí, alergií, je dobré se těmito potravinám vyhnout i po dobu kojení.

Kojící žena by měla počítat s příjmem o 500 kcal/den vyšším do 6. měsíce kojení, následně zhruba o 400 kcal/den.

Kojící žena by měla zvýšit příjem vápníku (v datlích, tvrdých sýrech, tvarohu, kozím a ovčím mléku či brokolici) a hořčíku, vitamínu C, kyseliny listové a vitamínu B12, selenu a vitamínu A (Hronek, 2014, s. 32 – 33).

„Kvalita a množství stravy kojící ženy ovlivňuje výživový a zdravotní stav samotné kojící ženy a prostřednictvím mateřského mléka také výživový a zdravotní stav dítěte“ (Hronek, 2004, s. 33).

Matka by měla jíst jídla bohatá na bílkoviny, minerální látky a vitamíny.

##### **Vitamíny**

Již během těhotenství je nutné dbát na dostatečný příjem vitamínu – aby se plod správně vyvíjel. Vitamíny musíme přijímat ze stravy, naše tělo si je neumí vyrobit samo.

Prispívají ke správné funkci organismu, hrají podstatnou roli při růstu a vývoji organismu, schopnost rozmnožování, předcházet nemocem apod.

Každý vitamin má svou jedinečnou funkci a také se v organismu uchová různě dlouhou dobu (Tláskal a kol., 2016, s. 15 – 16).

Dělíme je na dvě skupiny: vitaminy rozpustné v tucích a vitaminy rozpustné ve vodě.

Vitaminy rozpustné v tucích: A, D, E, K – nejsou snadno vylučované z organismu, ukládají se v tukové tkáni.

Vitamin D získáváme ze slunečního záření. Podstatný pro naši imunitu a pro děti jako prevence křivice. Dětem se podává denně během prvního roku života ve formě kapek (např. Vigantol).

Vitaminy rozpustné ve vodě: vitaminy B komplexní řady, vitamin H, vitamin C – při přebytku se vyloučí z těla močí, je nutné je pravidelně doplňovat, protože tělo si netvoří zásobu. Nejvíce ovlivněny potravou matky (Hronek, 2004, s. 31 – 35).

Vitamin C podstatný pro naši imunitu – napomáhá odolnosti proti infekcím, získává se z citrusů, šípků či bobulového ovoce.

Nedostatek vitaminů je u dětí (do 6 měsíců) plně kojených neobvyklý, pokud by však byl zjištěn nedostatek určitého vitaminu či minerálu, doplní se u matky a tím i obohatí mateřské mléko.

V létě ovoci i zelenina přirozeně obsahují více vitaminu a člověk je i častěji konzumuje. V zimě je tedy vhodné doplňovat vitaminy ve formě doplňků stravy nebo konzumovat potraviny a nápoje obohacené o vitaminy. Je nutné dodržovat denní dávky vitaminů, nepřekračovat je. Především v těhotenství je nutné jakékoliv doplňky konzultovat s lékařem – například vitamin A může při vyšších dávkách plod poškodit (Tláskal a kol., 2016, s. 15 – 16).

### **Minerální látky**

Zahrnuje minerální látky a stopové prvky.

Minerální látky jsou fosfor, vápník, hořčík, sodík, draslík, chlor, síra. Stopové prvky jsou železo, zinek, jod, selen, měď, mangan, fluor, chrom, křemík a molybden.

Minerální látky jsou skutečně podstatné pro náš organismus, ačkoliv se vyskytují v malém množství. Zúčastňují se metabolických a enzymových pochodů (Tláskal a kol., 2016, s. 17 – 18).

Pro kosti a zuby je podstatný vápník, fosfor, hořčík, zinek, křemík a fluor. Selen a síra (s aminokyselinami cysteinem a methioninem) se vyskytují ve vlasech, nehtech a kůži. Hemoglobin a myoglobin potřebují železo, měď a molybden. Štítná žláza vyžaduje

jod. Acidobazickou rovnováhu reguluje draslík, sodík, vápník, fosfor a osmotický tlak ovlivňuje sodík s draslíkem.

Vápník se doporučuje doplňovat pomocí zakysaných potravin – acidofilní mléko či jogurtové nápoje.

V období těhotenství a kojení se doporučuje doplňovat především železo a jod. Železo kvůli možné anemii a jod pro správný vývoj plodu a správnou funkci štítné žlázy.

Při přebytku se vylučují močí, stolicí i potem.

### **Sacharidy**

Pro organismus jsou rychlý a nejvýznamnější zdroj energie. Vysoký příjem jednoduchých cukrů je rizikový pro vznik různých onemocnění, včetně zubního kazu. Pokud se získaná energie nespotřebuje, ukládá se ve formě tuku (Tláskal a kol., 2016, s. 12 – 13).

Sladká chuť je člověku blízká – mateřské mléko má též nasládlou chuť. Není žádoucí z jídelníčku cukry vysadit, ale je vhodné dodržovat rozumné meze (přídavné cukry by měly být okolo 60 g za den).

Je nutné si uvědomit, že nemalou část tvoří i tzv. skrytý cukr – slazené a alkoholické nápoje, konzervářské výrobky, sladkosti.

### **Bílkoviny**

Bílkoviny se skládají z aminokyselin, z nichž je část esenciálních – nepostradatelných.

Potřeba nepostradatelných aminokyselin je u kojenců až 15× vyšší než u dospělých. Bílkoviny jsou živočišného a rostlinného původu. Živočišné jsou cennější, jejich stavba odpovídá potřebám lidského organismu více. Poměr rostlinných a živočišných bílkovin by měl být 1:1.

Mezi bílkoviny strukturální patří například kolagen, který je součástí vaziva a kostí, zpevňuje tělo.

Živočišné bílkoviny nalezneme v mase, vejcích a mléko. Rostlinné v obilovinách, luštěninách a v menším množství i v ovoci a zelenině a okopaninách.

Bílkoviny jsou hlavním zdrojem dusíku i síry, tvoří 12 – 18 % tělesné hmotnosti člověka, jsou nezbytné k výstavě nových tkání.



Vyšší potřebu bílkovin mají děti v období růstu, těhotné a kojící ženy (Tláskal a kol., 2016, s. 7 – 8).

### **Příjem tekutin**

Lidské tělo je z velké části tvořeno vodou, tělo kojenců je až ze 75 % z vody. Organismus vodu potřebuje ke správnému fungování, v průběhu látkové výměny ji ztrácí a proto je potřeba tekutiny pravidelně doplňovat.

Nejvhodnější je příjem čisté neperlivé vody, případně neslazeného čaje. Gravidní žena by měla vypít přibližně 2 litry za den. Kojící žena až 3 litry – nedostatečný pitný režim může snížit produkci mléka.

Do příjmu tekutin za den by se neměla počítat káva. Kofeinové nápoje všeobecně. Pití kávy v těhotenství je velké téma. Odborníci se shodují, že dva šálky kávy za den by neměly mít na plod negativní vliv.

Měla by se vyhnout smaženým a ostrým jídlům a spíše se zaměřit na lehká a nenadýmavá jídla. Ovoce a zelenina by měly převládat nad sladkostmi a vynechat by měla i slazené sycené nápoje. Nejvhodnější je pití čisté vody. Doporučuje se 100 ml za hodinu při normální pokojové teplotě, vypití většího množství vodu zvýší tvorbu moči, v těle však zůstane méně vody (Hronek, 2014, s. 26 – 27, 33).

Gravidní žena by měla dát pozor i na bylinky – některé jsou nevhodné v těhotenství. Rozmarýn, majoránka, šalvěj, máta atd. – ty všechny jsou nevhodné v těhotenství i v průběhu kojení.

## **4.9 Podpůrné programy kojení v ČR**

1. Globální strategie výživy kojenců a malých dětí – WHO a UNICEF  
Týká se doporučení, které stanovilo WHO, tedy výlučné kojení do šestého měsíce věku dítěte.
2. Světová aliance na podporu kojení WABA (= World Alliance for Breastfeeding Action).  
Zabývá se chráněním, prosazováním a podporou kojení.
3. Úmluva o právech dítěte čl. 24 (1991)

„k zabezpečení toho, aby všechny složky společnosti, zejména rodiče a děti, byly informovány o zdraví a výživě dětí, přednostech kojení, hygieně, sanitárních podmínkách prostředí dětí i o předcházení nešťastným případům; a aby měly přístup ke vzdělání a byly podporovány při využívání těchto základních znalostí“ (Zákony pro lidi. *Sdělení č. 104/1991 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte, 2023*).

4. Baby Friendly Hospital Initiative vyhlášené WHO a UNICEF (1989, v ČR 1992)  
Statut Baby-friendly hospital získá nemocnice, která se bude řídit 10 kroky k úspěšnému kojení stanovenými WHO.
5. Laktační liga (= LALI) – nezisková organizace, která se snaží o propagaci a osvětu kojení (1998), vydává časopis MaMiTa, nabízí laktační poradce.  
Zaměřuje se i na výuku zdravotnického personálu, konzultační a poradenskou činnost pro matky či školení laktačních poradců.
6. Mezinárodní kodex marketingu náhrad kojeneckého mléka – cílem je omezení reklam na náhrady MM, v ČR není právně závazný.
7. Mamila – slovenská organizace, občanské sdružení působící v ČR.  
Poskytuje pomoc, poradenství a podporu v kojení (Mamila, 2021).
8. Světový týden kojení 1. – 7. 10. v ČR se slaví od 1996
9. 10 kroků k úspěšnému kojení – WHO+UNICEF+BFI  
Další snahou jako kojení podpořit a ukázat jeho prospěšnost je těchto 10 kroků. (viz příloha č.1 10 kroků k úspěšnému kojení).

## 5. Edukace

Slovo edukace z latinského educio, educare znamená vést před/vychovávat.

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Vzdělávání jedince rozšiřuje jeho vědomosti, dovednosti a schopnosti a výsledkem je vzdělání, vzdělanost či kvalifikace. Výchova se zabývá záměrným působením na jedince s očekáváním pozitivních změn v jeho vývoji a rozvoji jeho zájmů, postojů a chování.

Klíčovým je edukační proces, tedy proces, kdy dochází (nezáměrně či záměrně) k učení. Edukační procesy pobíhají od narození do smrti, například mluvení.

Edukační proces provází čtyři klíčové části:

### **Edukant**

Subjekt, u kterého probíhá edukace. Ve zdravotnickém prostředí se jedná o nemocného či zdravého klienta/pacienta. Může to být však i sám zdravotník, který se prohlubuje vzdělání. Edukant je individuální bytost (věkem, pohlaví, motivace, postoje, ...).

### **Edukátor**

Aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví se jedná nejčastěji o lékaře, všeobecnou sestru, fyzioterapeuta, ...

### **Edukační konstrukty**

Plány, předpisy, edukační standardy či materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

### **Edukační prostředí**

Místo, kde edukace probíhá. Prostředím je například ambulance, pokoj pacienta, ...

Ve zdravotnictví má edukace přispět k předcházení nemoci, k udržení či navrácení zdraví a zlepšení kvality života.

Primární prevence se zaměřuje na zdravého jedince. Prevence před nemocí a aspekty, které přispívají k udržení zdraví.

Sekundární prevence je edukace u již nemocného jedince, kdy se snažíme pacienta edukovat (naučit ho dovednosti, vědomosti, které povedou k jeho uzdravení). Funkcí sekundární prevence je prevence recidivy a udržení soběstačnosti.

Terciální prevence je zaměřena na jedince, kdy jsou změny ve zdravotním stavu neměnné a snažíme se zlepšit kvalitu života nemocného, případně zabránit dalším komplikacím (Juřeníková, 2010, s. 10 - 11).

Pro edukační proces je nezbytné učení. Pro učení je nezbytná motivace, což je souhrn více faktorů, které daného jedince nutí k určité aktivitě.

Bez komunikace bychom se neobešli, je nedílnou součástí v edukačním procesu. Můžeme komunikovat verbálním (slovně) nebo nonverbální způsobem. Mezi nonverbální způsoby patří například proxemika, haptika, posturologie i gestika.

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení má svá specifika. Edukace by měla být součástí péče.

Edukace se dělí zpravidla na 5 fází:

### **Fáze počáteční pedagogické diagnostiky**

Snažíme se zjistit úroveň vědomostí, dovedností a postojů edukanta. Tato fáze má velký význam pro následné stanovení cílů.

### **Fáze projektování**

Edukátor se snaží naplánovat cíle, zvolit metodu a formy edukace.

### **Fáze realizace**

Edukátor edukuje edukanta, avšak edukant by se měl aktivně podílet. Prvním krokem je motivace, ať už vnitřní nebo vnější. Následuje expozice a fixace – získané vlastnosti je třeba opakovat, dotazovat se na nejasnosti a procvičování. Průběžně diagnostikujeme, tedy zjišťujeme míru porozumění ze strany edukanta. Snažíme se, aby byl edukant schopný správně použít získané dovednosti.

### **Fáze upevnění a prohlubování učiva**

Nezbytný krok pro uchování vědomostí. Získané vědomosti je nutné procvičovat.

### **Fáze zpětné vazby**

Zhodnotíme výsledky edukanta i naše (edukátora).

## **5.1 Edukační cíle**

Každý zdravotník, který provádí edukaci, musí znát úroveň vědomostí, dovedností, návyky a postoje klienta/pacienta.

Jedná se o očekávaný výsledek, kterého chceme dosáhnout, rozdíl mezi výsledkem edukace a edukačním cílem by měl být minimální.

Cíle je nutné nastavit přiměřené, musí se tedy přizpůsobit možnostem jedince. Cíle by měli být jednoznačné a kontrolovatelné (Juřeníková, 2010, s. 13 - 28).

## **5.2 Edukace kojících žen**

Edukací ohledně kojení by měla projít žena ještě před porodem – v období těhotenství u gynekologa. Hlavní část edukace probíhá na oddělní šestinedělí. Personál matce ukáže zacházení s novorozencem – jak jej držet, zvedat, oblékat, koupat a jak dítě kojít. Výše jsem zmínila důležitost správné techniky kojení, kterou bedlivě kontrolují sestry.

První kojení probíhá na porodním sále – kdy je dítě přiložené matce k prsu, pokud to stav matky i dítěte dovoluje.

Matka by měla být v průběhu hospitalizace na oddělení šestinedělí edukována o správné technice, různých polohách kojení, jak řešit problémy s prsy a obdržet rovněž kontakt na laktační poradkyni, v případě problémů.

Rané šestinedělí, prvních sedm dní po porodu, kdy se hojí poporodní poranění, regeneruje se pánevní dno a nastupuje tvorba mateřského mléka. Pozdní šestinedělí, které trvá od sedmého dne po porodu, je období, kdy se stále hojí poporodní poranění a tělo se pozvolna dostává do stavu před otěhotněním (Dušová a kol., 2019, s. 89).

Edukace v oblasti kojení by měla matku podpořit a motivovat ke kojení. Zdravotnický personál by měl ženě poskytnout veškeré informace, které by mohla potřebovat. O způsobech, technikách kojení i o kontraindikacích o rizicích umělých mlék apod.

Matka by se měla naučit rozpoznat první signály, které dítě vysílá, když má hlad (pláč je pozdním příznakem). Matka by se měla naučit správně dítě přiložit a zhodnotit zda dítě správně pije.

Vzhledem k velkému množství informací, které musí matka vstřebat, by jednotlivé informace měly být podávány stručně a jasně.

Edukace kojících žen by měla obsahovat informace o kolostru, jak vypadá a po jaké době lze očekávat mateřské mléko. Mateřské mléko je nejvhodnějším způsobem výživy dítěte a kojení má pozitivní vliv i na matku – po fyzické i psychické stránce. Jak jsem již zmínila, ovlivňuje stahování dělohy a kojení snižuje výskyt poporodních depresí. Zároveň kojení přináší i spoustu výhod pro dítě. Kojení prohlubuje vazbu mezi matkou a dítětem a mělo by se dle doporučení WHO výlučně kojit po dobu 6 měsíců (Dušová a kol., 2019, s. 100 - 102).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## **6. Cíle výzkumu**

### **Hlavní cíl**

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit názorovost a postoj matek ke kojení. Následně vytvořit brožuru, která by ženám – budoucím matkám pomohla ujasnit si informace a znát výhody kojení, které kojení mohou provázet.

### **Dílčí cíle**

**Cíl č. 1** – Zmapovat délku kojení.

**Cíl č. 2** – Zjistit, zda jsou ženy podporovány ke kojení (jaký panuje postoj kojení v rodině, podpora ke kojení v porodnici).

**Cíl č. 3** – Zjistit vliv vybraných demografických faktorů (např. vzdělání, apod..) na informovanost a postoj matek ke kojení.

**Cíl č. 4** – Identifikovat důvody matek, které se rozhodnou nekojit vůbec.

**Cíl č. 5** – Zmapovat vliv ostatních faktorů na informovanost a postoj matek ke kojení.



## **7. Metodika výzkumu**

### **7.1 Použitá metoda**

Pro empirickou část bakalářské práce byla využita kvantitativní metoda výzkumu. Formou nestandardizovaného anonymního dotazníku jsem se snažila zjistit hlavní cíl bakalářské práce – postoje matek ke kojení.

Dotazník obsahoval 25 otázek, otevřených i uzavřených. Konkrétně 18 otázek bylo s výběrem 1 z daných možností, 14 z tohoto počtu bylo na odpověď ano či ne. Otevřených otázek bylo 6, kde se respondentky mohly vlastními slovy vyjádřit. Třem těmto otevřeným otázkám předcházela otázka, kdy respondentka dle odpovědi měla či neměla využít otevřenou otázku. Jedna otázka byla s možností vícero odpovědí. V této otázce měly matky vybrat, proč se rozhodly kojit.

Dotazník obsahoval úvod, kde jsem se respondentkám představila a zasvětila je do tématu mé bakalářské práce. Rovněž jsem v úvodu zmínila kritérium, které respondentka musí splňovat. Před skutečným šetřením jsem provedla pilotní průzkum s 5 respondentkami z důvodu ověření srozumitelnosti otázek. Následně jsem dotazník zveřejnila na sociálních sítích a žádala respondentky, které vyhovují kritériím, aby mi dotazník zodpověděly.

### **7.2 Zkoumaný soubor**

Výzkum proběhl pomocí elektronického dotazníku. Stanovili jsme si předpokládaný počet respondentů 80 matek. Data jsem sbírala od 20.10. 2023 do 20.12. 2023. Nakonec jsem v tomto období obdržela 76 dotazníků, přičemž jeden jsem musela odstranit - vyplnila ho matka, které dítě zemřelo při porodu. V empirické části tedy pracuji se 75 dotazníky.

Původně bylo cílem rozdat dotazník v tištěné podobě do jedné či více mateřských škol. Bohužel bylo velmi náročné se domluvit a vlivem časové tísně jsem nakonec zvolila umístění dotazníku na sociální síť, rozeslání přátelům a několika známým a rodinným příslušníkům jsem dotazník předala v tištěné podobě.

Daným kritériem bylo, že se musí jednat o ženu, která je matkou alespoň jednoho dítěte.

### **7.3 Zpracování získaných dat**

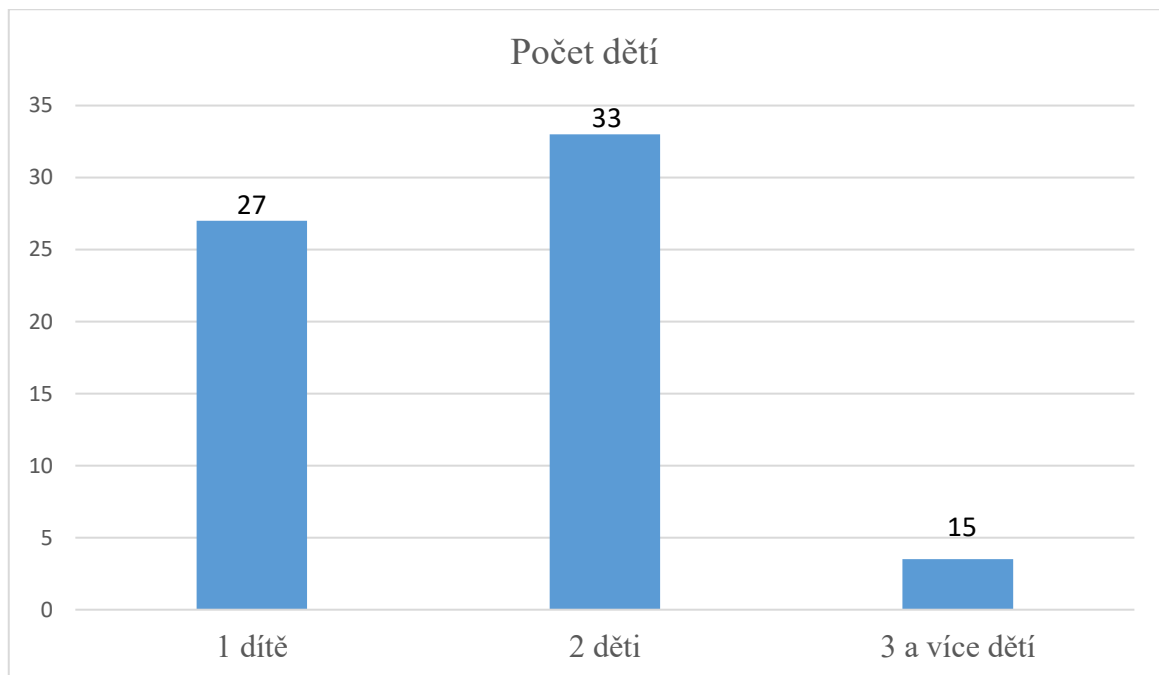
Empirické šetření probíhalo kvantitativní formou, nestandardizovaným dotazníkem. Výsledky jsem zpracovala prostřednictvím Microsoft Office Excel a data jsou prezentována pomocí tabulek a grafů.

## **8. Vyhodnocení výsledků**

V této kapitole jsou zpracovány výsledky kvantitativního šetření. Výsledky jsou znázorněny formou grafů či tabulek. Analyzovaný soubor sestává ze 75 respondentek (100 %) a výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

### Otázka č. 1 – Kolik máte dětí?

- a) 1 dítě
- b) 2 děti
- c) 3 a více dětí



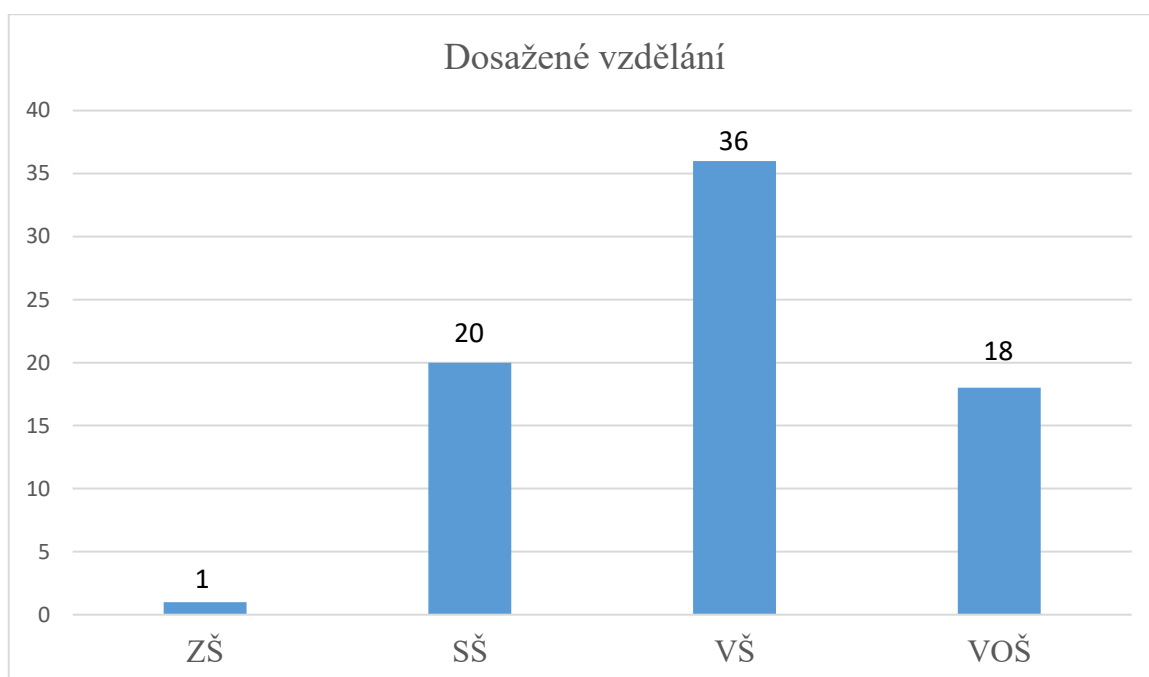
Graf 1: Počet dětí u respondentek

### Interpretace

Výzkumného šetření se zúčastnilo 75 respondentek splňujících předem dané kritérium (být matkou alespoň jednoho dítěte). Z celkového počtu 75 žen (100 %) mělo 1 dítě 27 matek (36 %), 33 respondentek (44 %) mělo 2 děti a nejméně (20 %) 15 žen mělo 3 a více dětí.

**Otázka č. 2 – Vaše vzdělání je...**

- a) ZŠ
- b) SŠ
- c) VŠ
- d) VOŠ



*Graf 2: Dosažené vzdělání respondentek*

**Interpretace**

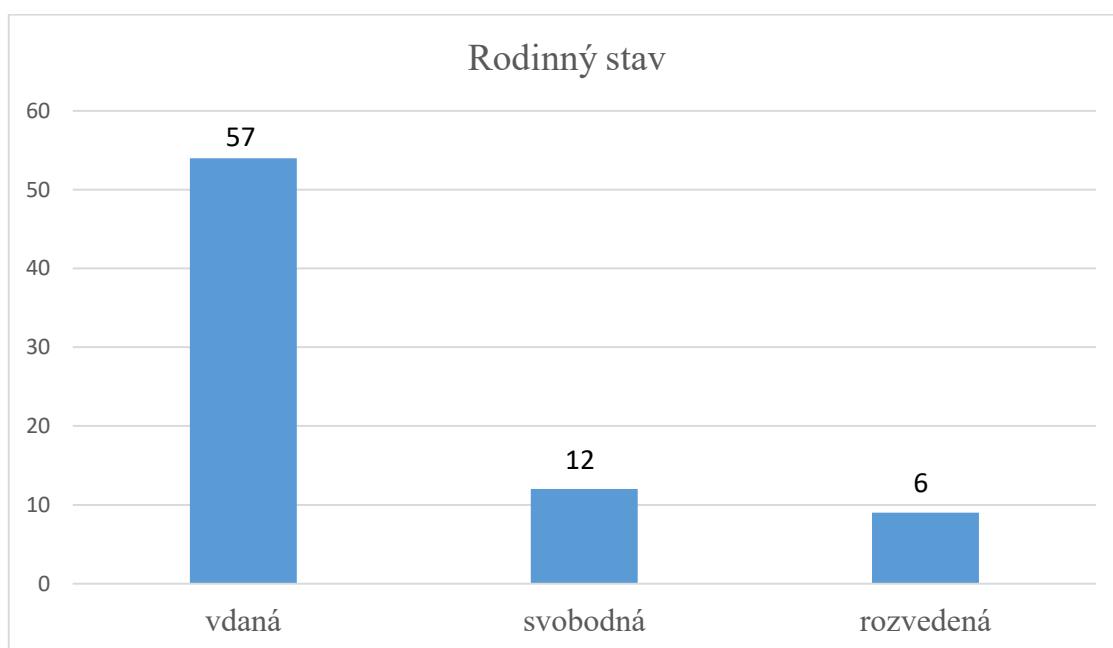
Z celkového počtu 75 matek (100 %) dosáhla jedna žena (1,33 %) základního vzdělání. Vyšší odborné vzdělání mělo 18 matek (24 %), 20 matek (26,67 %) dosáhlo středoškolského vzdělání. Nejvíce žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání – 36 (48 %).

**Otázka č. 3 – Váš rodinný stav je...**

**a) vdaná**

**b) svobodná**

**c) rozvedená**



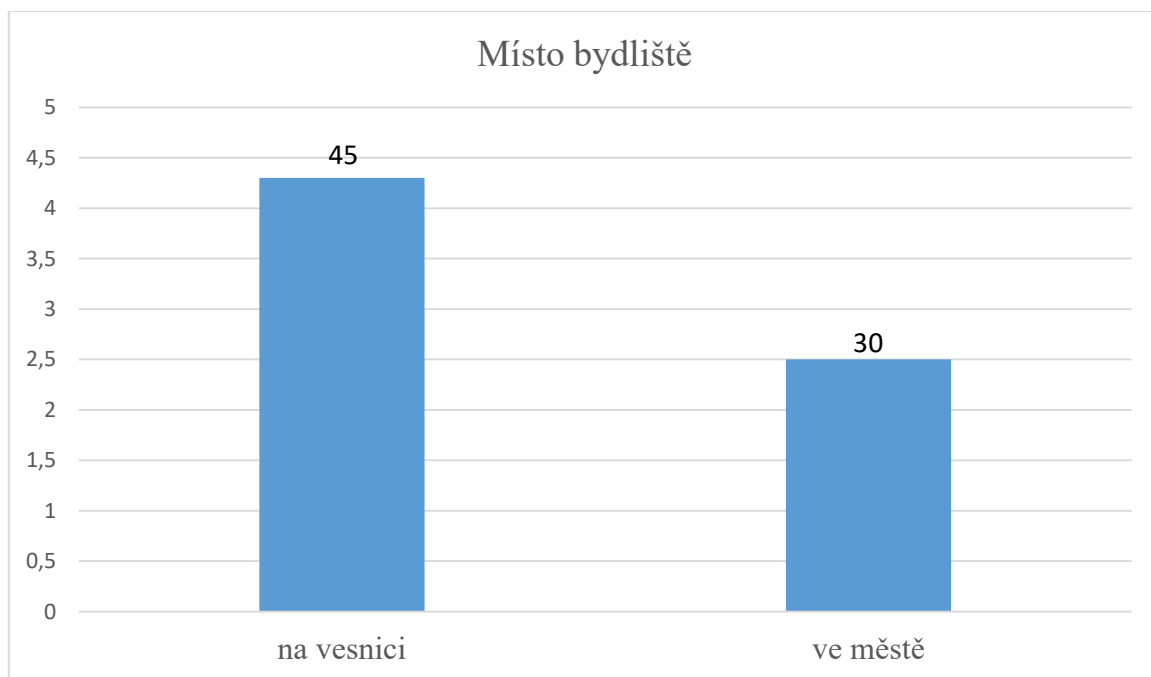
*Graf 3: Rodinný stav respondentek*

**Interpretace**

Z grafu č. 3 můžeme vyčíst, že ze 75 matek (100 %) bylo 6 žen (8 %) rozvedených, 12 žen (16 %) svobodných a 57 (76%) vdaných.

#### Otázka č. 4 – Kde bydlíte?

- a) Na vesnici
- b) Ve městě



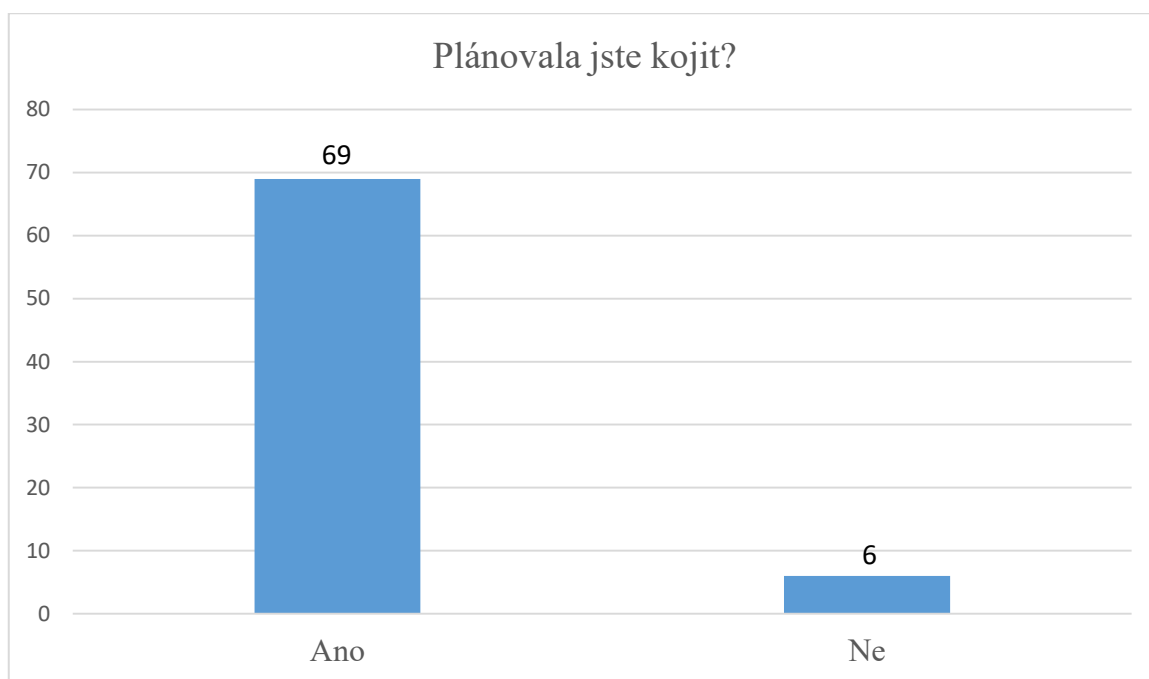
Graf 4: Bydliště respondentek

#### Interpretace

Graf č. 4 nám ukazuje, že z celkového počtu 75 žen (100 %) bydlí 45 (60 %) na vesnici a 30 (40 %) ve městě.

### Otázka č. 5 – Plánovala jste kojit?

- a) Ano
- b) Ne



Graf 5: Plánovala jste kojit?

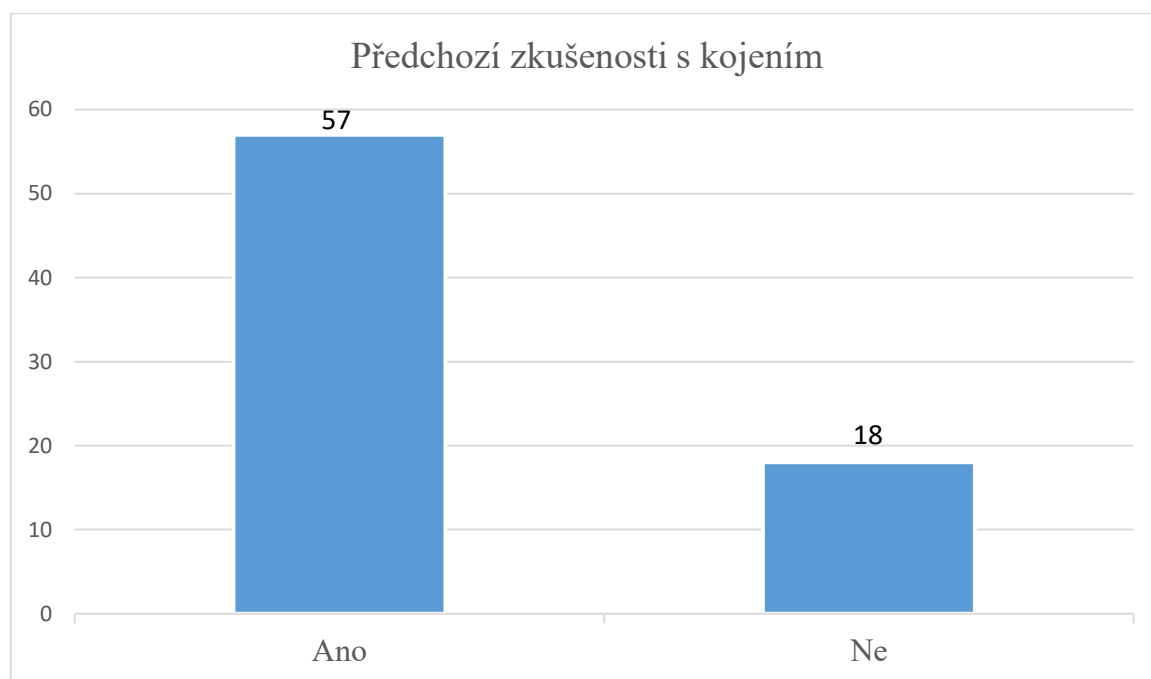
### Interpretace

Na grafu výše můžeme vidět, že výrazně více žen kojit plánovalo. 69 žen (92 %) z celkového počtu 75 kojit plánovalo. Ze 100 % pouze (8 %) 6 žen kojit neplánovalo.

**Otázka č. 6 – Máte již nějaké předchozí zkušenosti s kojením?**

a) **Ano**

b) **Ne**



*Graf 6: Předchozí zkušenosti s kojením*

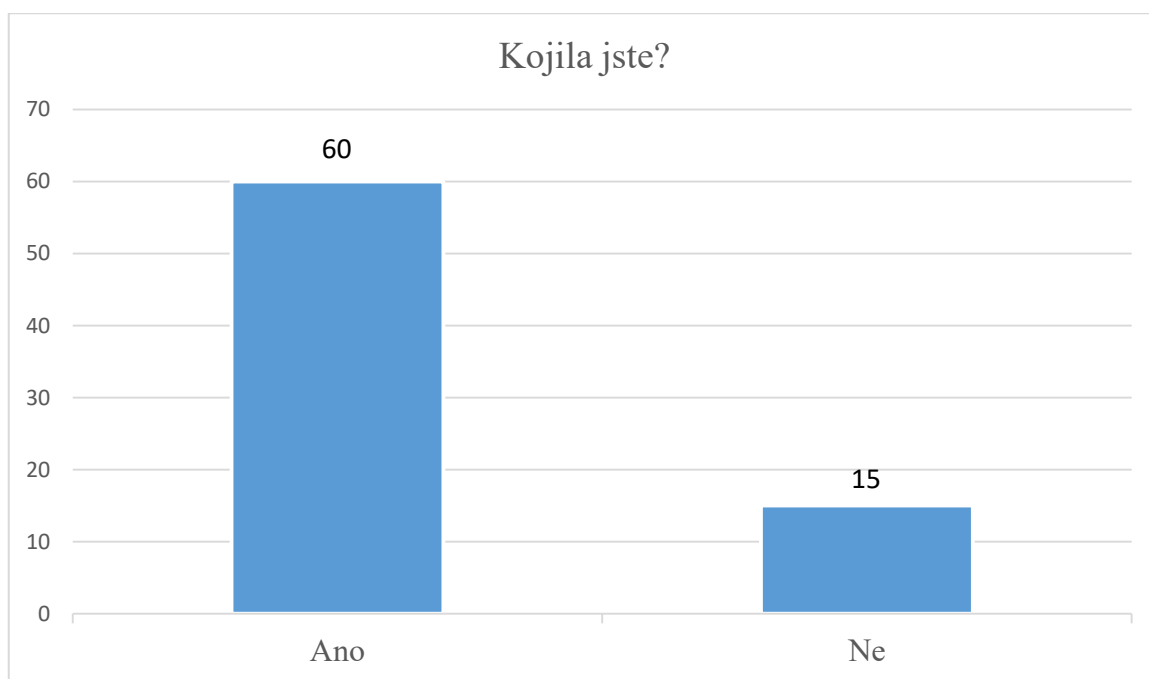
**Interpretace**

Z celkového počtu 75 respondentek (100 %) nemělo 18 žen předchozí zkušenost s kojením, 57 žen zkušenosti mělo. Procentuální poměr ukazuje 24 % zastoupení žen, které neměly předchozí zkušenost s kojením a 76 %, které zkušenost již měly.



### Otázka č. 7 – Kojila jste?

- a) **Ano**
- b) **Ne**



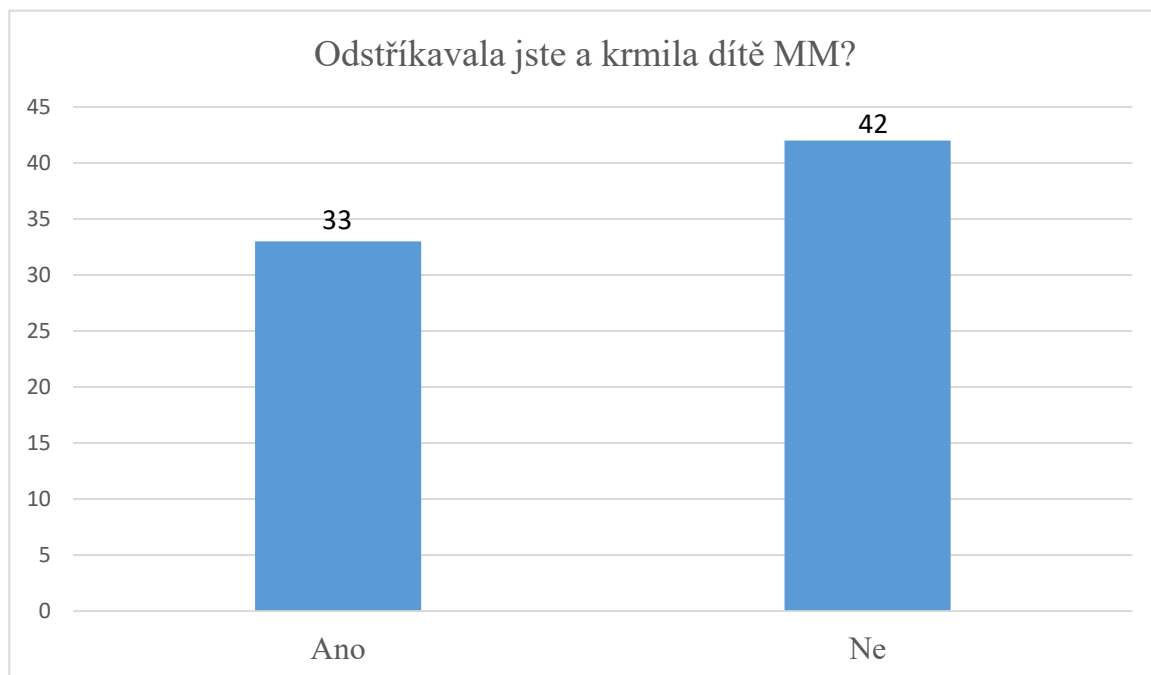
Graf 7: Kojila jste?

### Interpretace

Převážná část respondentek 60 žen (80 %) kojilo. Zbýlých 20 %, tedy 15 žen nekojilo. V otázce č. 9 jsem se dotázala respondentek na důvody, které je vedly k rozhodnutí nekojit.

**Otázka č. 8 – Odstříkávala jste mléko a krmila dítě mateřským mlékem?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**



*Graf 8: Odstříkávání MM*

**Interpretace**

Z celkového počtu 75 respondentek (100 %) odstříkávalo mléko 33 (44 %). 56% respondentek, tedy 42 žen, mléko neodstříkávalo.

### Otázka č. 9 – Napište, prosím, důvod, proč jste nekojila:

Otevřená otázka, kde se ženy mohly vyjádřit vlastními slovy, proč nekojily. Tato otázka navazuje na otázku č. 7, kde jsme se dotazovali, zda respondentka kojila. Jednalo se o 15 žen (100%), které odpověděly, že nekojily.

Důvody, proč žena nekojila	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Narkóza	3	20 %
Nechtěla jsem	6	40 %
Neměla mléko	5	33,33 %
Problém s prsy	1	6,67 %

*Tabulka 1: Důvody, proč žena nekojila*

### Interpretace

Šest žen (40 %) kojit nechtělo, tato odpověď odpovídá odpovědi na otázku č. 5, kde byla položena otázka, zda žena plánovala kojit. Problém s prsy blíže nespecifikovaný uvedla 1 žena (6,67 %) jako důvod, proč nekojila. Narkóza byla důvodem u 3 žen (20 %) a 5 respondentek (33,33 %) odpovědělo, že nemělo mléko.

## Otázka č. 10 – Proč jste se rozhodla ke kojení svého dítěte?

Otázka, kde ženy mohly zaškrtnout více možností.

Na výběr bylo: a) Kojení je nejpřirozenější a nejvhodnější výživa pro mé dítě

b) Kojení napomáhá vytvořit citové pouto mezi matkou a dítětem

c) Kojení podporuje zdraví mého dítěte

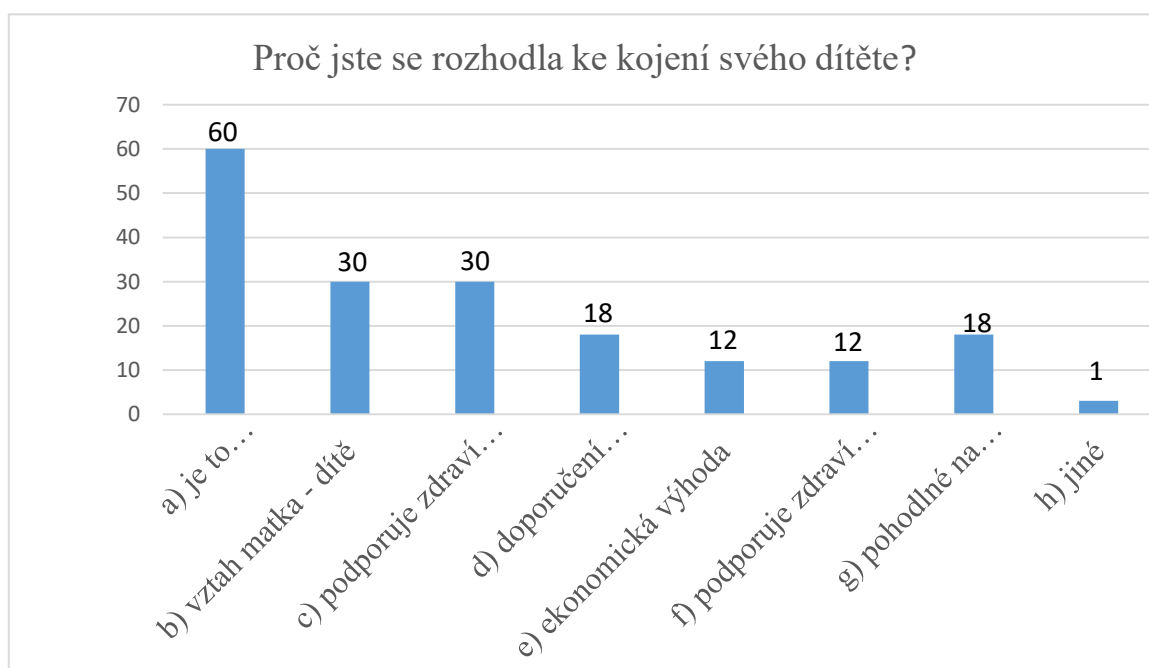
d) Na doporučení zdravotníků

e) Je to ekonomicky výhodné

f) Kojení přispívá ke zdraví matky

g) Je pohodlné z hlediska přípravy

h) Jiné



Graf 9: Proč jste se rozhodla ke kojení dítěte?

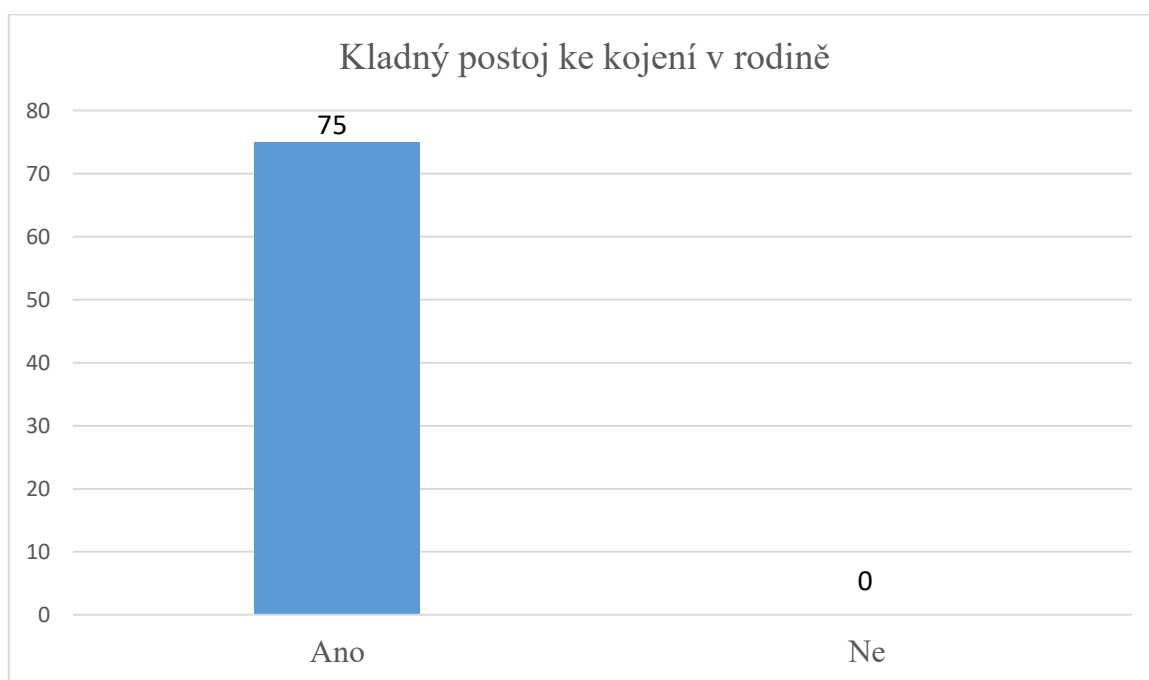
### Interpretace

V této otázce jsme vycházela/i vycházíme z počtu 60 žen (100%), které v otázce č. 7 na otázku, zda kojily, odpověděly ano. Všechny ženy, tedy 60 žen (100 %) odpověděly, že se rozhodly pro kojení z důvodu toho, že je to nejpřirozenější a nejvhodnější výživa pro dítě. Kojení napomáhá vytvořit vztah mezi matkou a dítětem označilo 30 žen (50 %), stejný počet žen se pro kojení rozhodlo z důvodu, že je tím podpořeno zdraví dítěte. Doporučení zdravotníků a komfort přípravy označilo po 18 ženách (30 %) jako argument, proč kojily. Ekonomická výhoda byla pro 12 žen (20 %) důvodem pro kojení, rovněž možnost podporu

zdraví matky označilo 12 žen (20 %). 3 ženy (5 %) označily možnost Jiné, ale nerozepsaly se.

**Otázka č. 11 – Ve vaší rodině panuje kladný postoj ke kojení?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**



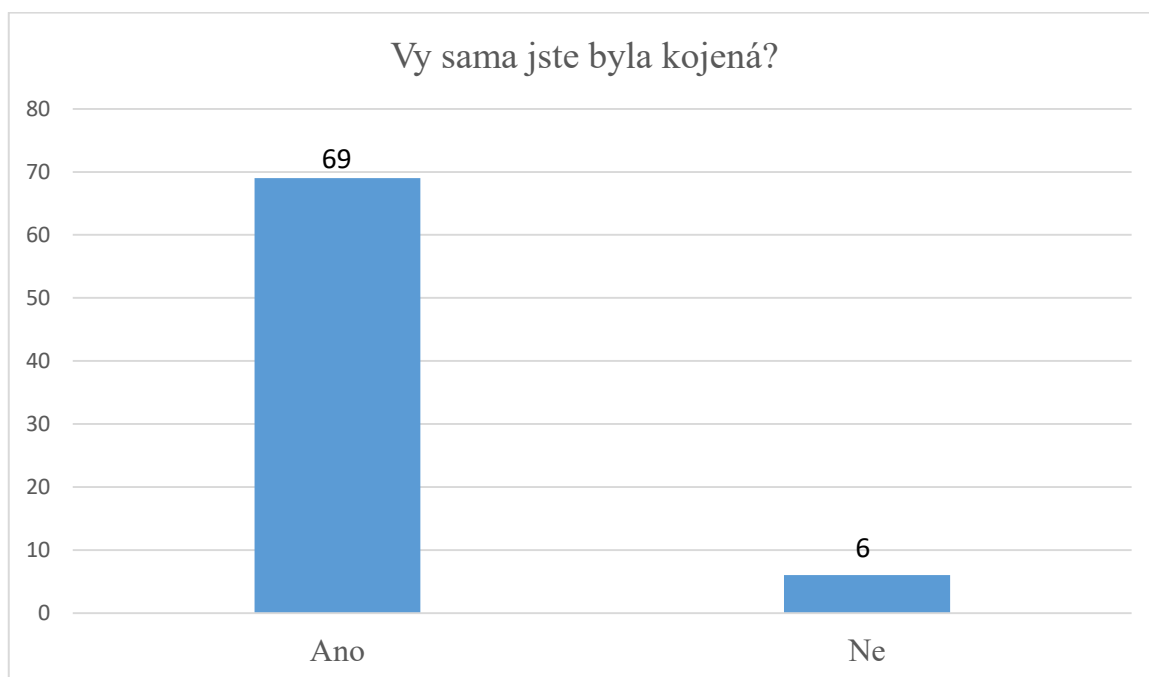
*Graf 10: Postoj ke kojení v rodině*

**Interpretace**

Z grafu č. 10 se dozvídáme, že všechny respondentky 75 žen (100 %) mají v rodině kladný postoj ke kojení. Žádná z žen nevyhodnotila, že by v její rodině byl postoj ke kojení negativní.

**Otázka č. 12 – Vy sama jste byla kojená?**

- a) Ano**
- b) Ne**



*Graf 11: Vy sama jste byla kojená?*

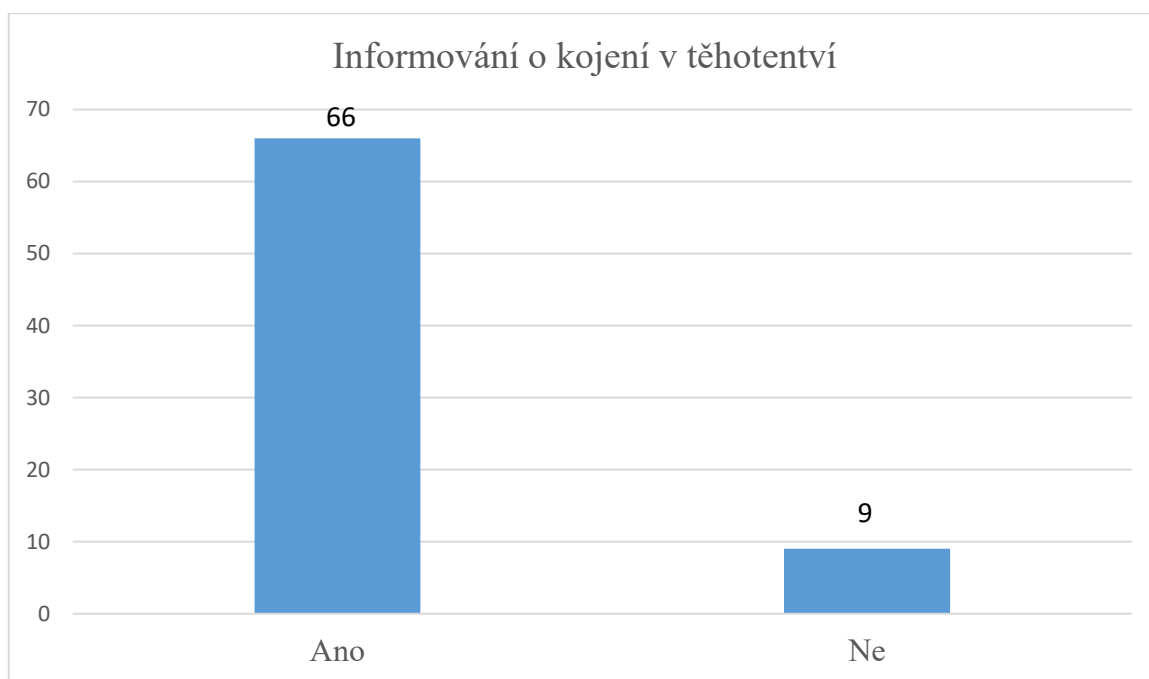
**Interpretace**

Z celkového počtu 75 respondentek (100 %) bylo kojených 69 žen (92 %). Výrazně méně, 6 respondentek (8 %) odpovědělo ne – nebyly kojeny.

**Otázka č. 13 – Byla jste v průběhu v průběhu těhotenství informována o kojení?**

**a) Ano**

**b) Ne**



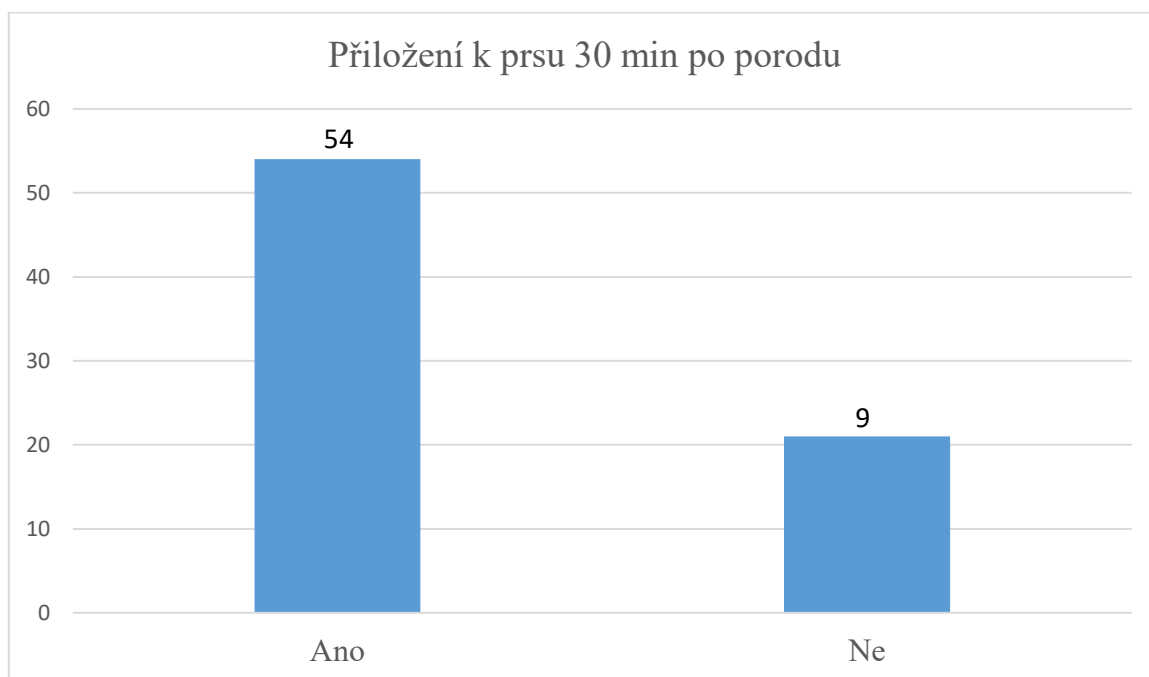
*Graf 12: Informování o kojení v těhotenství*

**Interpretace**

Graf č. 12 ukázal, že z celkového počtu 75 (100 %) bylo o kojení informováno 66 žen (88 %). 9 žen (12 %) odpovědělo, že informováno o kojení v průběhu těhotenství nebylo.

**Otázka č. 14 – Bylo Vaše dítě přiloženo k prsu po porodu do 30 minut?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**



*Graf 13: Přiložení k prsu 30 min po porodu*

**Interpretace**

Z celkového počtu 75 respondentek (100 %) odpovědělo 54 (72 %), že jim bylo dítě přiloženo k prsu do 30 min od porodu. 9 žen (28 %) nemělo možnost přiložení dítěte po porodu – následující otázka odpověděla, proč tomu tak bylo.



**Otázka č. 15 – Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku NE - Co bylo podle Vás příčinou?**

Zde měly ženy možnost vlastními slovy vyjádřit, proč nebylo dítě přiloženo k prsu.

<b>Proč nebylo dítě přiloženo do 30 min od porodu</b>	<b>Počet žen</b>	<b>Vyjádření v procentech</b>
Rodila jsem v roce 1980	1	4,76 %
Bez odpovědi	10	47,6 %
Dítě nebylo v pořádku	3	14,29 %
Císařský řez	4	19,05 %
Nechtěla jsem	3	14,29 %

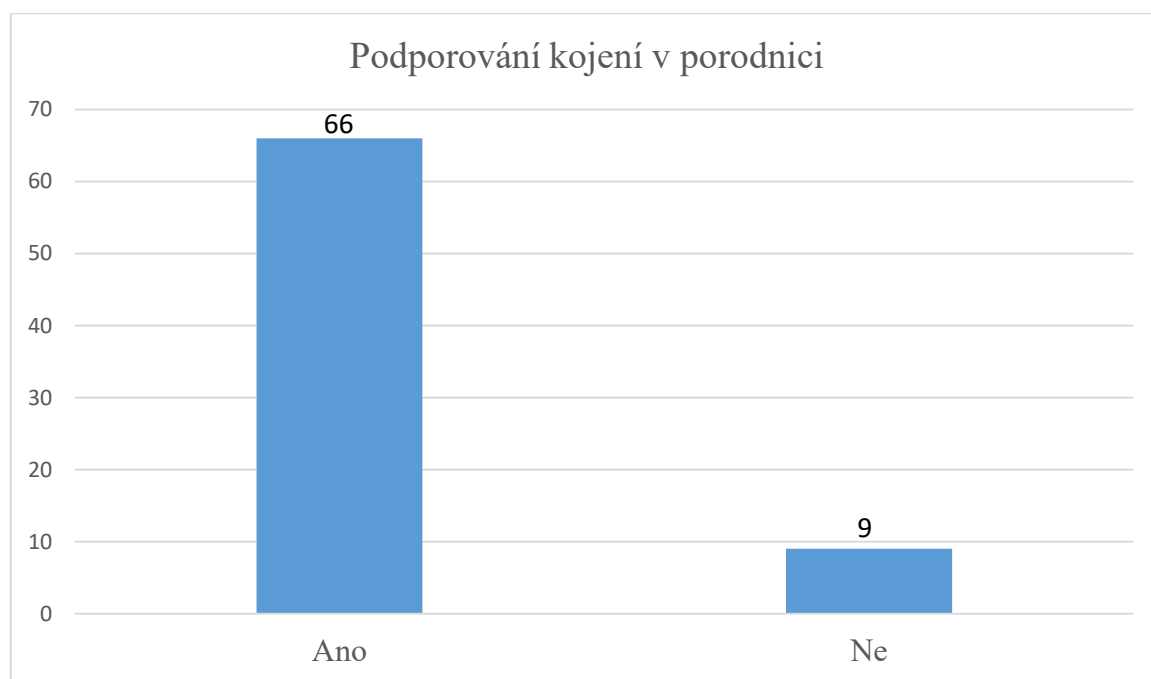
*Tabulka 2: Důvody, proč nebylo dítě přiloženo do 30 min od porodu*

### **Interpretace**

V otázce č. 15 je 100 % 21 respondentek, jelikož odpověď na tuto otázku měly pouze ženy, které v otázce č. 14 odpověděly ne. Nejvíce respondentek tuto odpověď vynechalo – 10 (47,6 %). Císařský řez jako důvod, proč nebylo dítě přiloženo do 30 min od porodu, odpověděly 4 ženy (19,05%). 3 ženy (14,29 %) nechtěly, aby jim bylo dítě přiloženo 30 min po porodu. Dítě nemohlo být přiloženo vzhledem k jeho stavu u 3 (14,29 %) respondentek. Jedna žena (4,76 %) uvedla, že dítě nebylo přiloženo do 30 minut po porodu, jelikož porod proběhl v roce 1980.

**Otázka č. 16 – V porodnici jste byla podporována ke kojení?**

- a) **Ano**
- b) **Ne**



*Graf 14: Podpora kojení v porodnici*

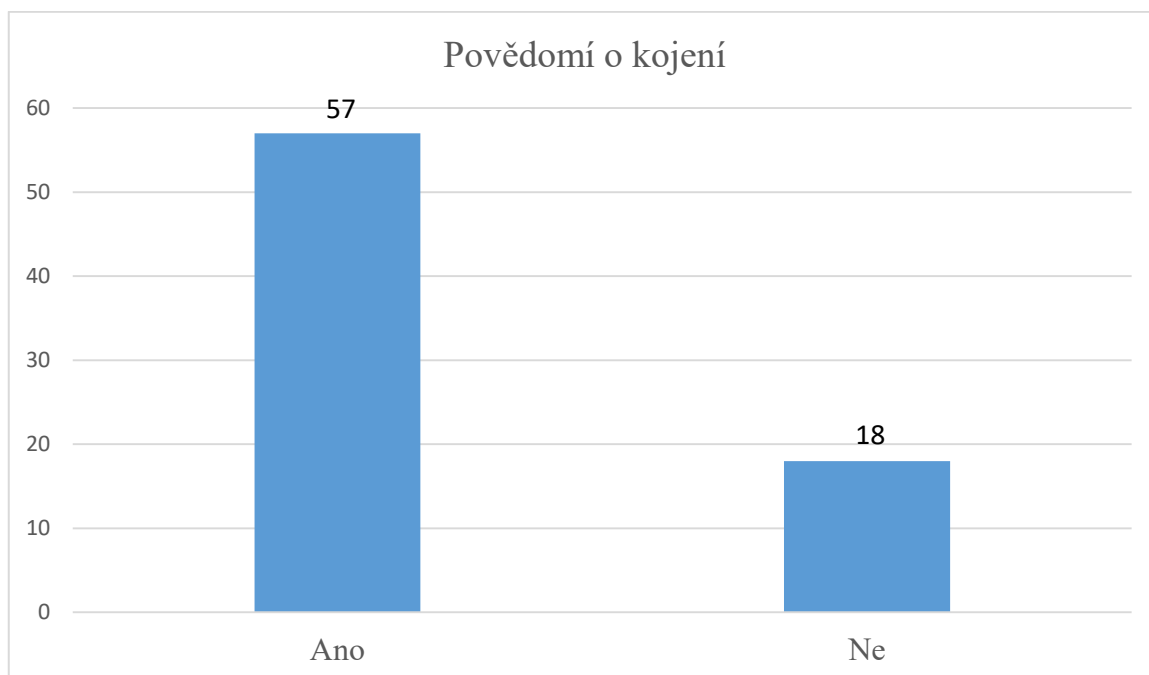
**Interpretace**

Z celkové počtu 75 žen (100 %) cítilo podporu ke kojení převážná část respondentek 66 žen (88 %). Pouze 9 matek (12 %) uvedlo, že necítily podporu ke kojení ze stran zaměstnanců porodnice.

**Otázka č. 17 – Měla jste povědomí o kojení před těhotenstvím? (o prospěšnosti kojení, možných problémech při kojení)**

**a) Ano**

**b) Ne**



*Graf 15: Povědomí o kojení*

### **Interpretace**

Na otázku, zda měla žena povědomí o kojení před těhotenstvím, odpovědělo ze 75 žen (100 %) odpovědělo ano 57 žen (76 %). O prospěšnosti kojení či problémech, které kojení přináší, nemělo ponětí 18 žen (24 %).

**Otázka č. 18 – Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku ANO - Jaké informace převažovaly?**

Zde měly ženy možnost vlastními slovy vyjádřit, jaké informace převažovaly na téma kojení.

Jaké informace převažovaly	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivní, kladné	36	63,16 %
Informace o prospěšnosti kojení pro dítě	6	10,53 %
Bez odpovědi	15	26,32 %

*Tabulka 3: Převaha informací o kojení*

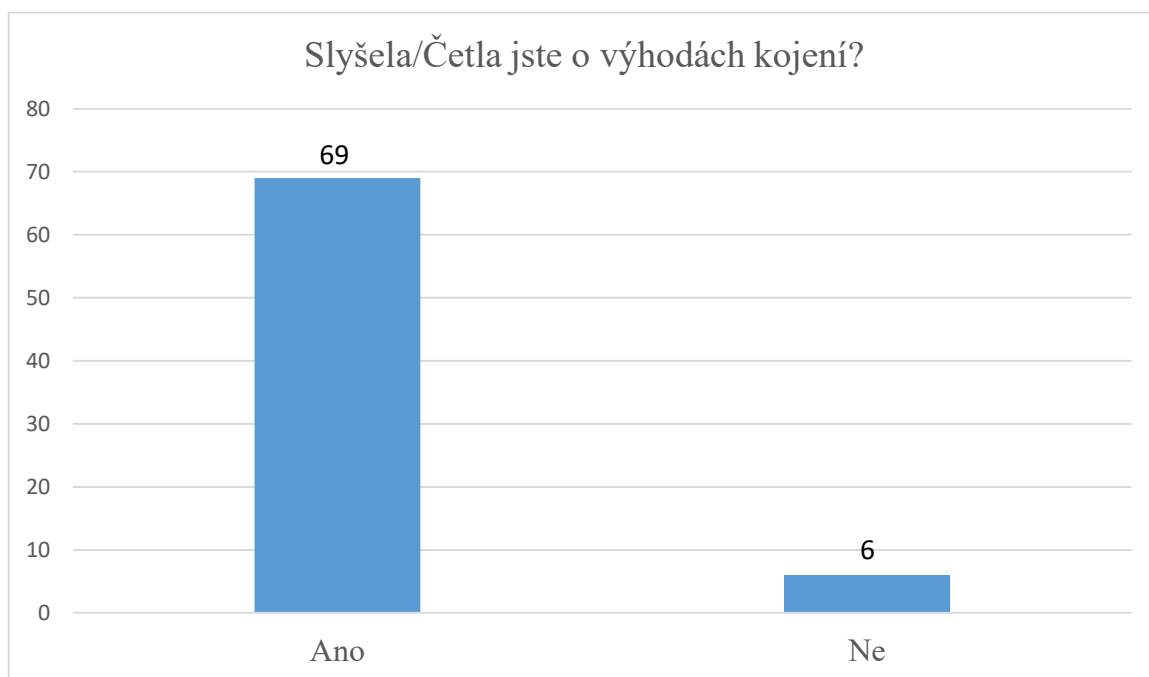
### **Interpretace**

V tabulce č. 3 počítáme, že 100 % je 57 žen, které v předchozí otázce odpověděly ano. Pozitivní či kladné informace slyšelo 36 žen (63,16 %). Informaci o tom, že je kojení prospěšné pro dítě a proto by měla žena kojit, vyslechlo 6 žen (10,53 %). Na otázku č. 18 neodpovědělo 15 žen (26,32 %).

**Otázka č. 19 – Slyšela jste/četla jste o výhodách kojení? (internet, lékaři, známí, rodina,..)**

**a) Ano**

**b) Ne**



*Graf 16: Slyšela/Četla jste o výhodách kojení?*

### **Interpretace**

Z celkového počtu 75 žen (100 %) odpověděla převážná část žen, že o výhodách kojení slyšely či četly – 69 žen (92 %) o kojení. Pouze 6 žen (8 %) o kojení a jeho výhodách neslyšelo či nečetlo.

**Otázka č. 20 – Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku ANO - Kdo byl hlavní zdroj informací?**

Zde měly ženy možnost vlastními slovy vyjádřit, kdo jim sdělil výhody, které kojení přináší.

Hlavní zdroj informací o kojení	Absolutní počet	Relativní počet (%)
Rodina a známí	50	87,72 %
Lékař	17	29,82 %
Předporodní kurz	4	7,02 %
Zdravotnické vzdělání	6	10,53 %
Knihy a internet	23	40,35 %

*Tabulka 4: Hlavní zdroj informací o kojení*

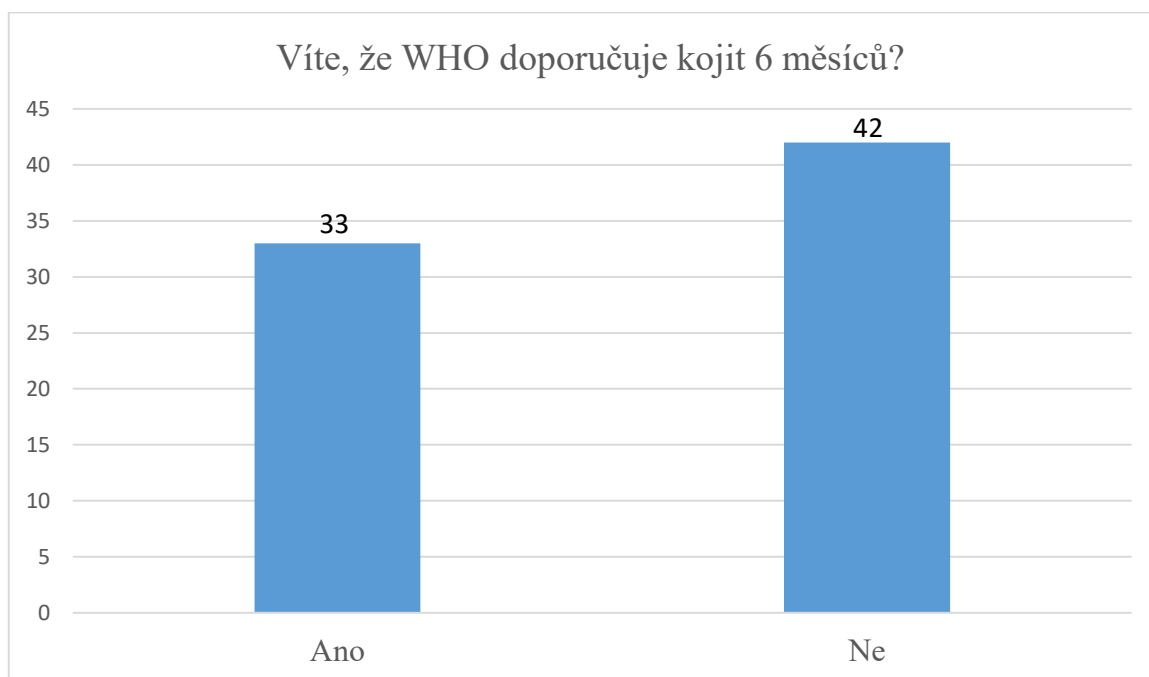
**Interpretace**

Otázka č. 19 se dotazovala zda, žena slyšela či četla o výhodách kojení. 57 matek je nyní 100 %, jelikož tato otázka byla otevřená, může být respondentka zařazena ve více kategoriích. Výrazně nejvíc žen získalo informace od rodiny či známých – 50 respondentek (87,72 %). Z knih či internetu získalo informace 23 respondentek (40,35 %). Lékař o prospěšnosti kojení informoval 17 žen (29,82 %). Díky zdravotnickému vzdělání získalo informace o kojení 6 žen (10,53 %). Předporodní kurz edukoval 4 respondentky (7,02 %) o kojení.

**Otázka č. 21 – Víte, že WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje kojit minimálně po dobu 6 měsíců?**

**a) Ano**

**b) Ne**



*Graf 17: Víte, že WHO doporučuje kojit 6 měsíců?*

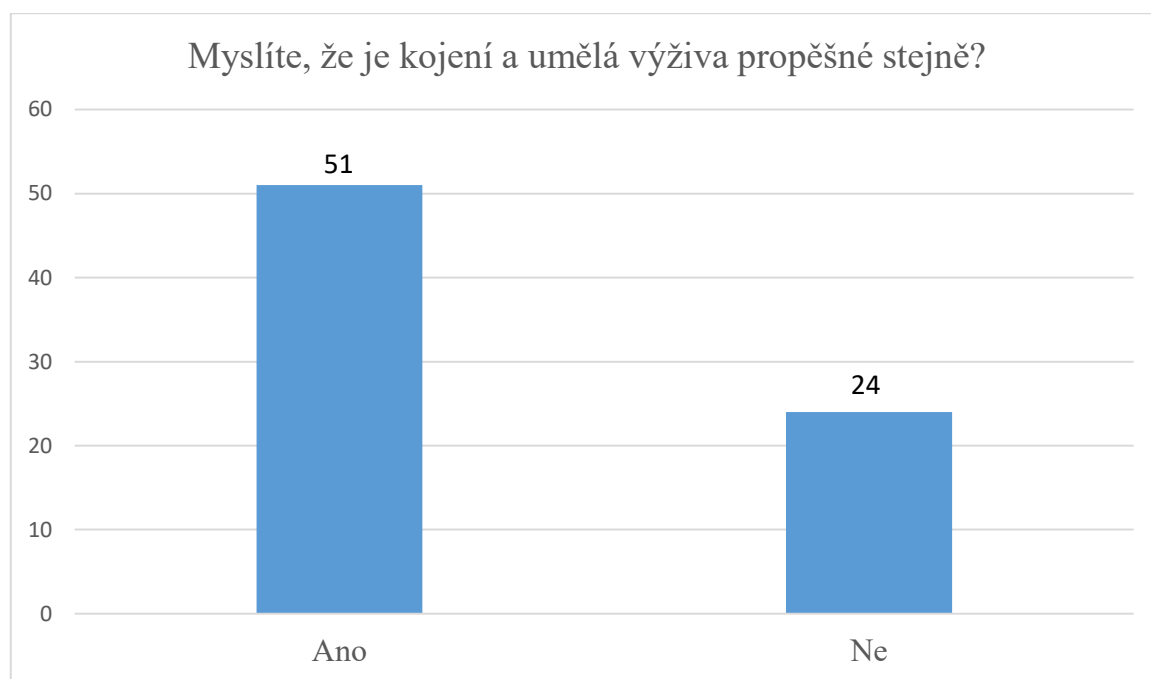
### **Interpretace**

Z celkového počtu 75 respondentek (100 %) vědělo o doporučení WHO (Světová zdravotnická organizace) ohledně kojení 33 (44 %). Minimální délku kojení 6 měsíců neznalo 42 žen (56 %).

**Otázka č. 22 – Myslíte, že je pro děti stejně prospěšné kojení a umělá výživa?**

**a) Ano**

**b) Ne**



*Graf 18: Myslíte, že je pro děti stejně prospěšné kojení a umělá výživa?*

**Interpretace**

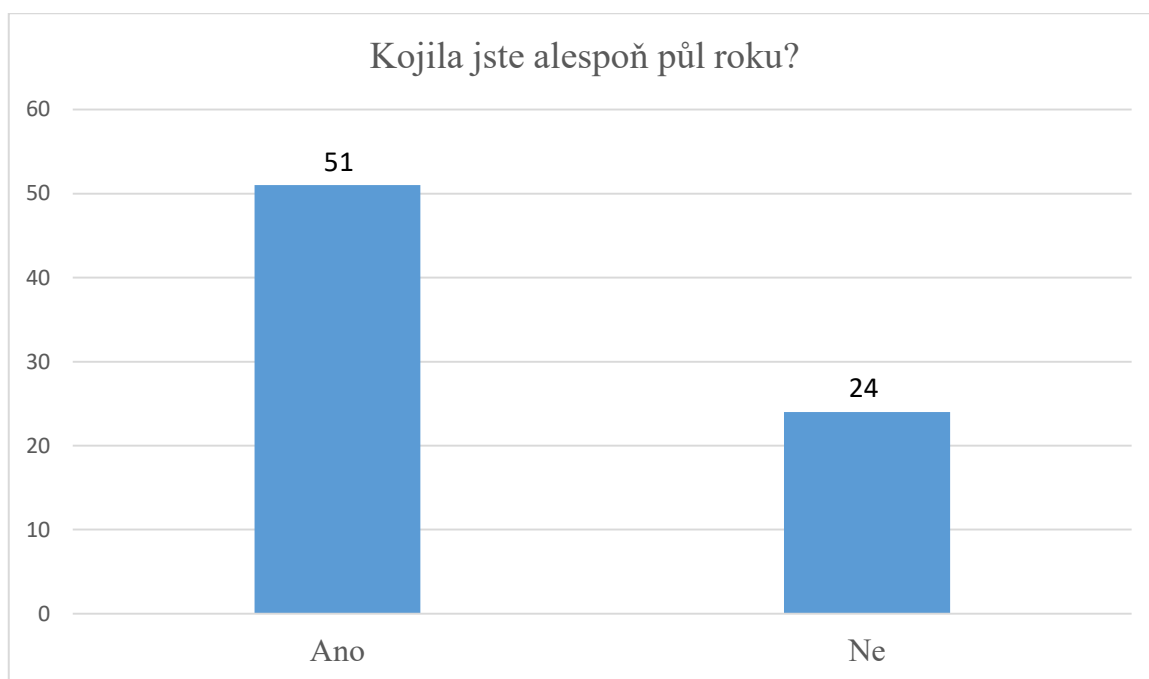
Na výše položenou otázku, zda je pro děti stejně prospěšná umělá výživa jako MM odpovědělo 51 žen (68 %), že obě možnosti jsou stejně hodnotné. Pouze 24 matek (32 %) vědělo, že se prospěšnost MM a umělé výživy nedá srovnat. Procenta jsou uváděna v poměru 75 respondentek = 100 %.



**Otázka č. 23 – Kojila jste plně alespoň půl roku? (dle doporučení WHO a pediatriů)**

**a) Ano**

**b) Ne**



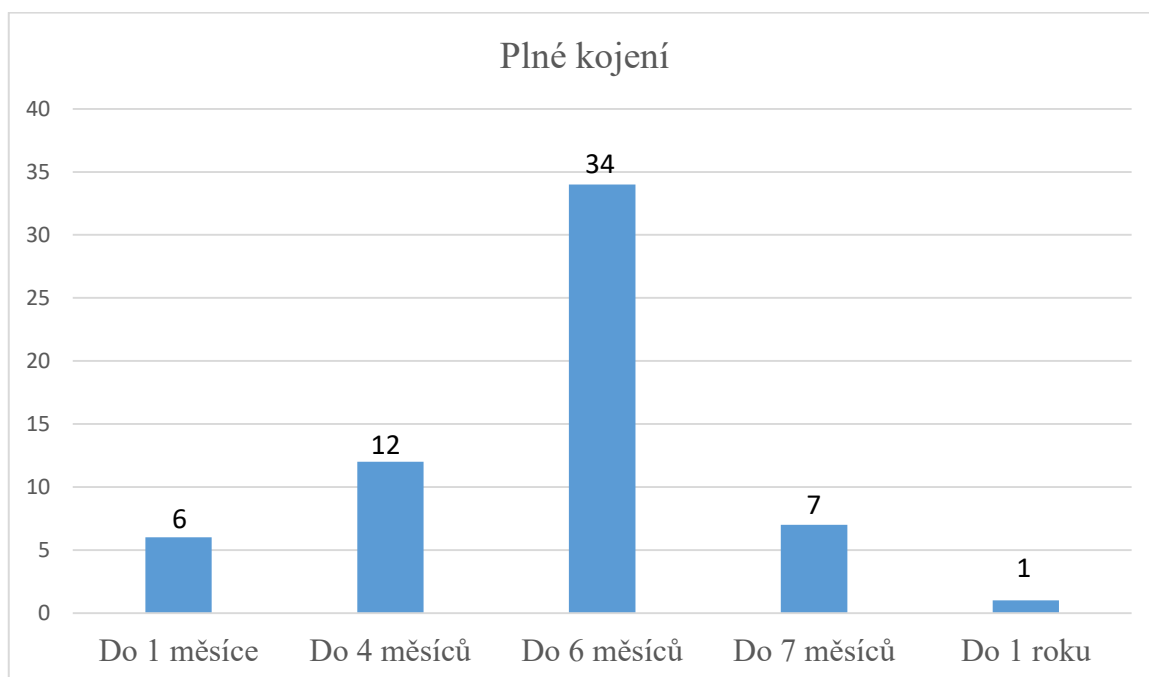
*Graf 19: Kojila jste alespoň půl roku?*

**Interpretace**

Na otázku, zda žena kojila alespoň půl roku, který doporučuje WHO i pediatri, odpovědělo z celkového počtu 75 respondentů (100 %) ano 51 žen (68 %). Půl roku nekojilo 24 matek (32 %).

### Otázka č. 24 – Plně jsem kojila do ..... věku dítěte

Zde měly ženy možnost vlastními slovy vyjádřit, do jakého věku dítěte plně kojily. Pro lepší přehlednost jsem odpovědi rozdělila do pěti kategorií.



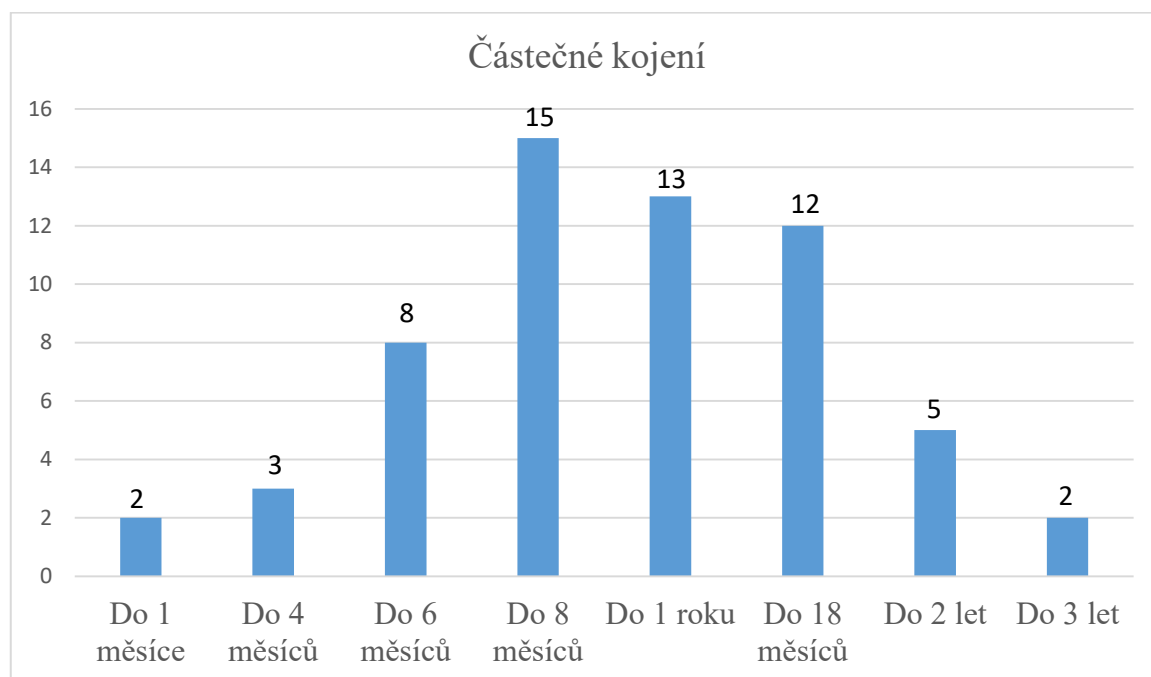
Graf 20: Plné kojení

### Interpretace

Z celkového počtu 60 žen (100 %), které v otázce č. 7 odpověděly, že kojily- plně kojilo do 1 měsíce věku dítěte 6 žen (10 %). Do 4 měsíců dítě kojilo 12 matek (20 %). Do půl roku plně kojilo 34 matek (56,67 %). 7 žen (11,67 %) plně kojilo do 7.měsíce věku dítěte. Do jednoho roku dítěte kojila 1 žena (1,67 %).

### Otázka č. 25 – Částečně jsem kojila do ..... věku dítěte

Zde měly ženy možnost vlastními slovy vyjádřit, do jakého věku dítěte částečně kojily. Pro lepší přehlednost jsem odpovědi rozdělila do osmi kategorií.



Graf 21: Částečné kojení

#### Interpretace

Z celkového počtu respondentek 60 (100 %) částečně kojily 2 (3,33 %) do 1 měsíce věku dítěte. Do 4 měsíců částečně kojily 3 ženy (5 %). Do 6 měsíců kojilo 8 žen (13,33 %). Osm měsíců částečného kojení vykonávalo 15 žen (25 %). Do jednoho roku částečně kojilo 13 matek (21,67 %). Do 18 měsíců částečně kojilo 12 žen (20 %). 5 žen (8,33 %) kojilo částečně do 2 let. Do 3 let částečně kojily 2 ženy (3,33 %).

## DISKUZE

Na začátek bych ráda uvedla, že WHO se velmi snaží kojení podporovat a za posledních 10 let je významný pokrok ve zvýšení míry výlučného kojení. Celosvětově se udává 48 % výlučného kojení – tento pokrok se povedl především díky podpoře a propagaci. Cílem Světové zdravotnické organizace je, aby do roku 2030 bylo celosvětově 70 % výlučně kojonych dětí a dle WHO je to možné pouze, pokud se odstraní překážky, kterým ženy a rodiny čelí. WHO doporučuje výlučné kojení po dobu 6 měsíců a následně postupné zavádění příkrmů s částečným kojením do dvou a více let. V bakalářské práci jsem zjišťovala délku plného i částečného kojení. Zároveň se mohou objevit potíže, kvůli kterým matky přestanou kojít. Některé ženy se rozhodnou nekojit. V dotazníku byla otázka zabývající se důvodem, proč ženy nekojily.

Bakalářská práce byla zaměřena na postoje ke kojení z pohledu matek. Cílem bylo zjistit, jaké faktory mohou kojení ovlivnit (např. vzdělání či názor v rodině), důvody proč se matky rozhodly kojít či nekojit a zjistit délku kojení. Matky v dnešní době mohou spoustu informací o kojení zjistit na internetu. Jedna otázka z dotazníku byla věnována tématu, kde matky informace čerpaly. Formou anonymního dotazníku, kde byly otázky s možností odpovědi ano či ne, případně otevřené otázky, kde se matky mohly vyjádřit svými slovy. Jedna otázka byla s možností zaškrtnutí více správných odpovědí.

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na postoje matek ke kojení. Mezi laickou veřejností se názory různí a zajímalo mne, zda může například rodinné zázemí matky, případně vzdělání ovlivnit její názor. Lékaři i zdravotní sestry (dětské sestry i porodní asistentky) mají názor shodný – každé dítě by mělo být kojeno. Myslím, že kojení by mělo být nadále propagováno, matkám by již v těhotenství měly být podány informace o prospěšnosti kojení a o výhodách, které kojení přináší – jak pro malého novorozence, tak i následně výhody do puberty či dospělosti. A to výhody fyzické i duševní. Kojené dítě má pevnější pouto s matkou a tím i nabývá většího pocitu bezpečí. Přestože jsou zmiňovány především výhody kojení pro dítě, kojení je výhodné i pro matku. U kojících matek je menší výskyt rakoviny prsu a poporodních úzkostí či depresí.

Cílem mé práce bylo vedle zmapování postojů matek ke kojení i vytvoření brožury. Brožura by mohla matkám pomoci s rozhodnutím ohledně kojení, případně by jim poskytla

základní informace o výhodách kojení. Dílčími cíli bylo zjištění délky kojení a identifikovat důvody matek, které se rozhodnou nekojit. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou ženy podporovány v kojení. Podporu by jim měla být poskytnuta v porodnici, následně i doma. Rovněž dílčím cílem bylo, zda mohou demografické údaje mít vliv na postoje matek ke kojení. Zaměřila jsem se, zda vzdělání, bydliště nebo rodinný stav mohou ženu ovlivnit. Posledním dílčím cílem bylo, zda mohou jiné než demografické faktory ovlivnit matku, například předchozí zkušenosti s kojením, povědomí o kojení v těhotenství či doporučení Světovou zdravotnickou organizací.

Rovněž jsem zjišťovala míru informovanosti žen v oblasti kojení. Dotazovala jsem se, zda jim byly poskytnuty informace o kojení a kdo jim informace poskytl.

Pro srovnání výsledků jsem použila výzkumná šetření z bakalářských prací, které byly zaměřené na kojení. Konkrétně jsem použila bakalářskou práci Terezy Beranové Informovanost žen o kojení v Královehradeckém kraji z roku 2015 (Lékařská fakulta v Hradci Králové). Bakalářskou práci Hany Harákové z roku 2008 – Kojení a edukace (Masarykova univerzita). Bakalářskou práci Anny Junové Informovanost žen o kojení z roku 2021 (Vysoká škola zdravotnická Praha 5). Bakalářská práce Martiny Trunkátové z roku 2016 – Výživa novorozence (Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně). Bakalářská práce Dominiky Sakové Fyziologická výživa kojenců z roku 2021 (Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta).

## **Dílčí cíl č. 1: Zmapovat délku kojení**

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak dlouho matky kojily. Zjišťovala jsem délku plného i délku částečného kojení. S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 7 (Kojila jste?) – V případě, že matka na tuto otázku odpověděla ano, mohla u ní být stanovena délka kojení. Související otázka č. 23 (Kojila jste plně alespoň půl roku?). A dvě klíčové otázky pro tento dílčí cíl otázka č. 24 (Plně jste kojila do jakého věku dítěte) a otázka č. 25 (Částečně jste kojila do jakého věku dítěte?).

Na otázku č. 7 převážná část respondentek 60 žen (80 %) odpovědělo, že kojilo. Z celkového počtu 75 respondentek je to pozoruhodný výsledek.

Na otázku č. 23 zda kojily alespoň půl roku, což je doporučováno WHO i pediatry odpovědělo 51 žen (68 %), že kojily půl roku. Tento výsledek odpovídá přibližně plánům WHO do roku 2030, aby bylo celosvětově výlučně kojeno alespoň 70 % dětí. Myslím tedy, že je to pozitivní výsledek z hlediska statistických údajů.

Otázka č. 24 byla zaměřena na délku plného/výlučného kojení. Plně kojilo do 1 měsíce věku dítěte 6 žen (10 %) – do této skupiny jsem si dovolila zařadit matky, které odpověděly, že kojily například 14 dní, případně 3 neděle. Domnívám se, že z plného kojení přešli buď částečně či plně na umělou výživu na doporučení pediatra. Pravděpodobně se tak stalo, neboť děti nepřibývaly na váze či matky přišly o mléko vlivem stresu či úzkostí po porodu. Do 4 měsíců dítě plně kojilo 12 matek (20 %). V této skupině je započtena většina známých a rodiny, kteří vyplnili dotazník. Začali s příkrmy již ve 4. měsíci věku dítěte na doporučení pediatra. Jelikož se jednalo o známé a rodinu, měla jsem možnost se doptat na důvody. Odpověděli, že začali s příkrmy na doporučení pediatra. Do půl roku plně kojilo 34 matek (56,67 %). Velmi mile mne překvapilo silné zastoupení v této skupině. A 7 žen (11,67 %) plně kojilo do 7. měsíce věku dítěte – dle mého názoru je v této skupině zařazena i část matek, která začala s příkrmy v 6. měsíci, ale trvalo, než si děti na příkrmy zvykly. Do jednoho roku dítěte kojila 1 žena (1,67 %). Popravdě si neumím představit plně kojit takto velké dítě a domnívám se, že se matka, která dotazník takto vyplnila, popletla a myslela, že dítě částečně kojila do jednoho roku.

Otázka č. 25 byla zaměřena na otázku částečného kojení. Dvě ženy (3,33 %) částečně kojily do 1 měsíce věku dítěte a do 4 měsíců částečně kojily 3 ženy (5 %). Předpokládám, že tyto dvě skupiny zastupují ženy, které na doporučení pediatra zařadily umělou výživu, v důsledku nepřibírání dítěte. Avšak stále se snažily poskytovat MM svým dětem. Do 6

měsíců kojilo 8 žen (13,33 %). V této skupině bude pravděpodobně několik žen, které se vracely do zaměstnání. Osm měsíců částečného kojení vykonávalo 15 žen (25 %). Do jednoho roku částečně kojilo 13 matek (21,67 %). Do 18 měsíců částečně kojilo 12 žen (20 %). 5 žen (8,33 %) kojilo částečně do 2 let. Do 3 let částečně kojily 2 ženy (3,33 %).

Hana Harákové ve své bakalářské práci z roku 2008 uvádí, že ze 110 respondentek plánovalo své dítě kojit 57 (51,82 %) žen do jednoho roku. Půl roku plánovalo kojit 26 žen (23,64 %) a 27 žen (24,55 %) plánovalo kojit déle než rok.

Anna Junová v bakalářské práci z roku 2021 uvádí, že dítě kojilo/plánovalo kojit 6 – 12 měsíců 36 (36 %) žen, 1 – 2 roky plánovalo kojit/kojilo 33 (33 %) respondentek a dva a více let chtělo kojit 22 (22 %) žen.

Dominika Saková ve své bakalářské práci Fyziologická výživa novorozence (z roku 2021) uvádí, že z celkového počtu 111 žen nekojila jedna, výlučně nekojily 3. Méně než dva týdny kojilo 8 žen a do 6 týdnů kojilo 11 matek. Do třetího měsíce kojilo 7 respondentek a do 4 měsíce kojilo 17 matek. Do 5. měsíce 18, do půl roku 41 žen. Do sedmého měsíce kojily 4.

Při porovnání výsledků s ostatními bakalářskými pracemi je zřejmé, že minimálně půl roku chtějí kojit a kojí většina žen. Velké zastoupení má i kojení do jednoho roku, tak by se však mělo jednat pouze o částečné kojení, nikoliv výlučné. Překvapilo mne, že své poměrně silné zastoupení má i kojení dětí okolo 2 let a více.

## **Dílčí cíl č. 2 – Zjistit, zda jsou ženy podporovány ke kojení (jaký panuje postoj kojení v rodině, podpora ke kojení v porodnici).**

Druhý dílčí cíl bylo zjistit, zda jsou ženy podporovány v kojení. Nejdříve podpora ke kojení v porodnici a následně podpora doma. Jaký panuje postoj ke kojení v rodině a zda byla matka kojená, když byla dítě. Související otázky č. 11 (Ve vaší rodině panuje kladný postoj ke kojení?), otázka č. 12 (Vy sama jste byla kojená?), otázka č. 13 (Byla jste v průběhu těhotenství informována o kojení?), otázka č. 16 (V porodnici jste byla podporována ke kojení?) a otázky č. 19 a č. 20 (Slyšela jste/četla jste o výhodách kojení?; Kdo byl hlavní zdroj informací?).

Otázka č. 11 zjišťovala, zda v rodině panuje kladný postoj ke kojení. Všechny respondentky odpověděly, že doma panuje kladný postoj ke kojení. Tento výsledek mne velmi mile překvapil.

Na otázku č. 12 odpovědělo 69 žen (92 %), že byly kojené jako děti. Pouze 6 žen kojených nebylo.

V otázce č. 13 jsem zjišťovala, zda byla žena informována o kojení v průběhu těhotenství. Většina žen, konkrétně 66 ze 75 informováno bylo. Pouze devět žen mělo pocit neinformovanosti.

Otázka č. 16 měla za cíl zjistit míru podpory v porodnici. Většina žen cítila podporu ke kojení, konkrétně 66 žen (88 %). Pouze 9 matek (12 %) uvedlo, že necítily podporu ke kojení ze stran zaměstnanců porodnice.

Otázka č. 19 a na ni navazující otázka č. 20 – Zda žena slyšela či četla o výhodách kojení. Výrazná většina, 69 žen (92 %), určitým způsobem o výhodách kojení informována byla. Pouze 6 žen (8 %) o kojení a jeho výhodách neslyšelo či nečetlo. Navazující otázka č. 20, kdo byl hlavním zdrojem informací. Od rodiny či známých čerpalo informace 50 žen (87,72 %) a z knih či internetu se informovalo 23 respondentek (40,35 %). Lékař o prospěšnosti kojení informoval 17 žen (29,82 %) a vlivem zdravotnickému vzdělání získalo informace o kojení 6 žen (10,53 %). Předporodní kurz edukoval 4 respondentky (7,02 %) o kojení.

Hana Haráková ve své bakalářské práci z roku 2008 uvádí, že 80 % zdravotníci vysvětlili výhody kojení (celkem 110 respondentek, 88 z nich odpovědělo, že slyšelo o pozitivním přínosu kojení).

Podporu při kojení poskytla zdravotní sestra 36 ženám (56,25 %) a matka 2 ženám (3,13 %) ze 110.

Délku plného kojení doporučil pediatr pouze 26 (23,64 %) žen ze 110, zbylým 84 (76,36 %) ani pediatr ani dětská sestra nepodalily informaci o délce výlučného kojení.

Anna Junová v bakalářské práci z roku 2021 uvedla, že 79 žen (79 %) ze 100 bylo v průběhu těhotenství informováno o kojení. Zbylých 21 informováno nebylo. Nejvíce respondentek získává informace z internetových zdrojů 47 (47 %), z knih či brožur 44 (44 %), 37 % od laktační poradkyně, 25% od kamarádek, 19 % od dětské sestry a 12 % od matky.

Zároveň 76 žen (76 %) uvedlo, že byly motivovány ke kojení zdravotnickým personálem.



Trunkátová v bakalářské práci z roku 2016 uvádí, že 70 respondentek (32 %) se informovalo na internetu, 69 (31,5 %) získávalo informace z knih, brožur a letáků. Na předporodním kurzu se edukovalo 36 žen (16,4 %) a 32 (14,6 %) u rodiny či kamarádů.

Saková ve své bakalářské práci z roku 2021 uvádí, že informace v těhotenství si zjišťovalo 82 žen (74 %), 29 (26 %) se neinformovalo o kojení již v průběhu těhotenství. Z nichž 53 matek se informovalo na internetu, 36 od rodiny či kamarádů a 24 z knih či odborných publikací.

Pouze 41 % bylo o výhodách kojení informováno v těhotenství od odborníků, 59 % informováno nebylo.

Myslím, že u tohoto dílčího cíle vyšel velmi pozitivní výsledek. V mém dotazníku všechny respondentky odpověděly, že v rodině panuje kladný postoj ke kojení. Jak jsem psala v kapitole o postojích (ke kojení), názory si přebíráme od autorit či skupin lidí se kterými trávíme čas. Všechny ženy doma pocítují kladný přístup ke kojení, což je dobré i pro následující generace. Ohledně informovanosti o kojení již v těhotenství vyšel rovněž příznivý výsledek – 66 žen bylo v těhotenství informováno o kojení. Výrazná většina 92 % žen slyšelo či četlo o výhodách kojení. V porovnání s ostatními bakalářskými pracemi, kde ženy vyplnily jako nejčastější místo, kde o kojení získávaly informace internet, v mém dotazníku obsadily první místo informace od rodiny a přátel. Ostatní bakalářské práce rovněž uváděly, že se respondentky měly možnost s výhodami kojení seznámit.

### **Dílčí cíl č. 3 – Zjistit vliv vybraných demografických faktorů (např. vzdělání, apod..) na informovanost a postoj matek ke kojení.**

Třetí dílčí cíl měl zjistit, které demografické faktory mohou ovlivnit názory matek. Zda může místo bydliště (na vesnici či ve městě), rodinný stav ženy či vzdělání matku ovlivnit. A zároveň zjistit zda jsou ženy s určitým vzděláním/v určitém místě bydliště více informované než ženy s jiným ukončeným vzděláním, případně v jiném místě bydliště. V tomto dílčím cíli jsem využila odpovědi z otázky č. 2 (Vaše vzdělání je?), otázky č. 3 (Váš rodinný stav je?), otázky č. 4 (Kde bydlíte?) a otázky č. 10 (Proč jste se rozhodla kojit?). Pro zjištění, zda mají demografické faktory vliv na kojení, jsem využila otázku č. 7 (Kojila jste?) a otázky 4. 23 a č. 24 (Do kdy plně či částečně ženy kojily své děti).

Otázka č. 2 se zaměřovala na vzdělání žen. Jedna žena (1,33 %) dosáhla základního vzdělání. Vyšší odborné vzdělání mělo 18 matek (24 %), 20 matek (26,67 %) dosáhlo středoškolského vzdělání. Nejvíce žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání – 36 (48 %).

Rodinnému stavu se věnovala otázka č. 3. Šest žen (8 %) bylo rozvedených, 12 žen (16 %) svobodných a 57 (76%) vdaných.

V otázce č. 4 jsem zjišťovala místo bydliště. Na vesnici bydlelo 45 respondentek (60 %) a 30 (40 %) bydlelo ve městě.

V otázce č. 10 jsem zjišťovala proč se žena rozhodla kojit. Na tuto otázku mohly respondentky z nabídky označit více odpovědí. Všechny ženy, tedy 60 žen (100 %) odpověděly, že se rozhodly pro kojení z důvodu, že je to nejpřirozenější a nejvhodnější výživa pro dítě. Kojení napomáhá vytvořit vztah mezi matkou a dítětem označilo 30 žen (50 %), stejný počet žen se pro kojení rozhodlo z důvodu, že je tím podpořeno zdraví dítěte. Doporučení zdravotníků a komfort přípravy označilo po 18 ženách (30 %) jako argument, proč kojily. Ekonomická výhoda byla pro 12 žen (20 %) důvodem pro kojení, rovněž možnost podporu zdraví matky označilo 12 žen (20 %). 3 ženy (5 %) označily možnost Jiné, ale nerozepsaly se.

Anna Junová v bakalářské práci Informovanost žen o kojení z roku 2021 udává, že nejčastější motivací pro kojení je pro 92 respondentek (92 %) nejkvalitnější výživa pro dítě, 77 (77 %) zlepšení imunity dítěte, 73 matek odpovědělo pro vybudování citové pouta matka – dítě, 56 žen pro nižší riziko některých nemocí a 37 matek pro ekonomickou výhodu.

Vyhodnotit tento dílčí cíl bylo zajímavé. Z celkového počtu 75 respondentek bydlí 45 na vesnici a 30 ve městě. Při procházení dotazníků jsem nenašla souvislost místa bydliště s délkou kojení. Dosažené vzdělání však vliv mělo. Paní s dokončeným základním vzděláním plně kojila do 7 měsíců a následně částečně kojila do 2 let. Výrazně nejvíce plně kojenejších dětí půl roku a následného kojení jsem zaznamenala u vysokoškolsky vzdělaných žen a u žen s vyšší odbornou školou. Lze se domnívat, že ženy, které studovaly na VOŠ mohly studovat obor dětská sestra a tím tuto kategorii ovlivnit. Vysokoškolsky vzdělané ženy plně kojily alespoň půl rok, ale velice brzo přestaly kojit částečně. Středoškolsky vzdělané ženy (20 matek) vykazovaly největší podíl matek, které kojit nechtějí. Rozvedené či svobodné ženy nevykazovaly výrazné odchylky v kojení oproti vdaným ženám.

#### **Dílčí cíl č. 4 – Identifikovat důvody matek, které se rozhodnou nekojit vůbec.**

V dílčím cíli č. 4 jsem chtěla zjistit, proč se některé matky rozhodnou nekojit vůbec. Informace jsem čerpala z otázky č. 5 (Plánovala jste kojit?) a z otázky č. 9 (Napište, prosím, důvod, proč jste nekojila). Cílem bylo zjistit, zda měly ženy od začátku plán nekojit a proč tento postoj zaujaly, případně z jakého důvodu kojit nemohly.

Otázka č. 5 se dotazovala, zda respondentka plánovala kojit. Ze všech vyplněných dotazníků se pouze 6 (8 %) žen vyjádřilo tak, že kojit neplánovaly. Zbýlých 69 žen (92 %) kojit chtělo.

V otázce č. 9 jsem se dotázala přímou cestou, matky měly napsat, proč nekojily. Šest žen (40 %) kojit nechtělo, což odpovídá i odpovědi na otázku č. 5. Problém s prsy blíže nespecifikovaný uvedla 1 žena (6,67 %). Narkóza byla důvodem u 3 žen (20 %) a 5 respondentek (33,33 %) odpovědělo, že nemělo mléko.

Anna Junová v bakalářské práci z roku 2021 uvádí, že kojit neplánovala 1 žena (1 %) a nerozkojilo se 8 žen (8 %).

Dominika Saková ve své bakalářské práci z roku 2021 uvádí, že 109 žen (98 %) ze 111 bylo rozhodnuto kojit již v těhotenství.

Haráková v bakalářské práci z roku 2008 uvádí, že největší podporu při kojení bylo vědomí, že pro dítě dělá to nejlepší – 20 (31,25 %), pro kontakt s miminkem 9 (14,06 %) matek ze 110.

Výsledek tohoto dílčího cíle, že pouze 6 žen ze 75 kojit neplánovalo, byl pozitivní. Samozřejmě se mohou vyskytnout různé problémy, které způsobí, že žena musí kojení ukončit, aniž by chtěla. Jako příčinu nekojení uvedlo 5 žen, že neměly mléko. Nevíme, zda si žena nejdříve zkusila zavolat laktační poradkyni, která by ji mohla pomoci s podporou kojení a zbavení se strachu, že nemá mléko či je mléko „slabé“. Bohužel v mém okolí velice často maminky za pomoci internetových stránek vedených laickou matkou ukončí kojení, aniž by se poradily s pediatrem.

#### **Dílčí cíl č. 5 – Zmapovat vliv ostatních faktorů na informovanost a postoj matek ke kojení.**

Pátým dílčím cílem bylo zmapovat vliv ostatních faktorů na informovanost a postoj žen ke kojení. Ke stanovení jsem využila otázku č. 6 (Máte již předchozí zkušenosti s kojením?) a otázky č. 17 (Měla jste povědomí o kojení před těhotenstvím?) a č. 18 (Jaké informace převažovaly?), otázka 21 (Víte, že WHO doporučuje kojit 6 měsíců?), otázka č. 22 (Myslíte, že je pro děti stejně prospěšné kojení a umělá výživa?)

Otázka č. 6 měla za cíl zjistit, zda měla žena předchozí zkušenosti s kojením. Možné zkušenosti může žena načerpat, pokud již je matkou jednoho či více dětí, případně pokud někdo z blízkých sdílí otevřeně veškeré informace ohledně kojení. Zkušenosti s kojením mělo 57 (76 %) žen zkušenosti mělo, 18 nemělo.

Otázka č. 17 - Měla jste povědomí o kojení před těhotenstvím? O prospěšnosti kojení či problémech, které kojení přináší, nemělo ponětí 18 žen (24 %), 57 žen (76 %) povědomí mělo.

Otázka č. 18 navazovala na předchozí otázku, ženy, které povědomí o kojení měly, jaké informace převažovaly? Pozitivní či kladné informace slyšelo 36 žen (63,16 %). Informaci o tom, že je kojení prospěšné pro dítě a proto by měla žena kojit, vyslechlo 6 žen (10,53 %). Neodpovědělo 15 žen (26,32 %).

Otázka č. 21 zda, žena ví, že WHO doporučuje výlučné kojení po dobu 6 měsíců. Minimální délku kojení 6 měsíců neznalo 42 žen (56 %), 33 žen o doporučení WHO informace mělo.

Otázka č. 22 zjišťovala, zda si ženy myslí, že je pro děti stejně prospěšné MM a umělá výživa? Bohužel 51 (68 %) ze 75 žen odpovědělo, že obě možnosti jsou stejně výživově hodnotné pro dítě. Pouze 24 matek (32 %) vědělo, že se prospěšnost MM a umělé výživy nedá srovnat.

Dominika Saková ve své bakalářské práci uvádí, že z celkového počtu 111 respondentek (100 %) se pro kojení z důvodu nejpřirozenější stravy pro dítě rozhodlo 94 (85 %), 71 respondentek odpovědělo, že mateřské mléko nejlépe pokrývá potřeby dítěte a 70 žen odpovědělo, že MM má pozitivní vliv na zdraví dítěte.

Doporučení WHO či UNICEF dle Sakové znalo 79 (71 %) respondentek, 32 doporučení neznalo.

Dovolím si tvrdit, že ačkoliv je osvěta okolo kojení obrovská, stále to nestačí. Stále se najdou maminky, které neví, že WHO doporučuje minimální délku kojení alespoň půl roku. Rovněž zjištění, že 51 žen ze 75 si myslí, že MM je stejně výživné, jako umělá strava

je alarmující. Ačkoliv je míra informovanosti o kojení v těhotenství vysoká, mohlo by to být lepší. Především bych od nastávajících maminek čekala, že budou chtít znát informace ohledně kojení.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala Postoji matek ke kojení. Práce obsahuje dvě části – teoretickou a empirickou. V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala definicí slova postoj a postoji ke kojení v průběhu let až do současnosti. Popsala jsem anatomii prsu a vysvětlila pojem laktace, který je klíčový pro celé kojení. Zmínila jsem výhody kojení, problémy, které mohou při kojení nastat i jejich řešení. Psala jsem o složení mateřského mléka, o alternativách kojení a o doporučeních, kterými se WHO snaží zvýšit procentuální zastoupení výlučně kojenečích dětí. Definovala jsem pojmy bonding a rooming-in a vyzdvihla jejich pozitivní přínos pro kojení. Na závěr jsem nastínila podpůrné programy v ČR.

Empirickou část bakalářské práce tvořilo výzkumné šetření formou anonymního nestandardizovaného dotazníku. Dotazníkové šetření jsem provedla vytištěnou formou mezi přáteli a rodinou, většinou však formou elektronického dotazníku, který jsem umístila na sociální síť. Průzkumu se zúčastnilo 75 matek (100 %), které vyhovovaly kritériím a vyplnily dotazník.

Hlavním cílem empirické části bylo zjistit postoj matek ke kojení, faktory, které by mohly jejich názory ovlivnit a zjistit, jakou podporu v kojení poskytuje ženám porodnice a rodina. Zajímalo mne vztah mezi demografickými faktory a jejich vliv na informovanost žen a jejich postoj ke kojení. Rovněž jsem zjišťovala délku kojení. Analyzovala jsem důvody, proč se některé ženy rozhodnou nekojit své děti, anebo proč své děti kojit nemohou. Všechny cíle byly v rámci našeho výzkumného šetření splněny.

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že kojilo 80 % žen, zbylé ženy kojit nemohly či nechtěly. Nejvíce zastoupená je skupina žen, které plně kojí půl roku 56,67 % - což je v souladu s doporučením WHO. Deset procent žen kojilo dítě méně než jeden měsíc a 20 % plně kojilo do 4 měsíců věku dítěte. Do sedmého měsíce plně kojilo 11,67 %. Z tohoto procentuálního zastoupení jsem mile překvapena a vypadá to, že většina žen se snaží dítě kojit.

Zjistili jsme, že v dnešní době je podpora kojení na vysoké úrovni a to jak v porodnicích, tak v rodinném kruhu. Bohužel, ačkoliv je podpora ke kojení dostatečná a

spousta žen kojí své děti – nemalé procento žen mi v dotazníku vyplnilo, že umělá dětská výživa je stejně přínosná pro dítě jako MM.

Z výše uvedených grafů se neprokázala souvislost mezi místem bydliště/dosaženým vzděláním/ rodinným stavem a informovaností či snad postoji ke kojení. Myslím, že by bylo potřeba větší množství vyplněných dotazníků, aby byl výsledek relevantní. Kojení po porodu může ovlivnit i psychické rozpoložení matky, dostatečná výživa matky, způsob porodu a přiložení k prsu 30 min po porodu, samozřejmě je důležité zda se dítě narodí předčasně či je donošeno.

U žen, které nekojily své dítě, jsem zjistila, proč. Některé kojit nechtěly, některé kojit nemohly vlivem anestezie a jiné proto, že neměly mléko. Vzhledem k malému výzkumnému souboru jsme si vědomi, že nelze zjištění zobecnit a týkají se tak pouze našeho výzkumného šetření.

Výzkumná data se stala základem pro vytvoření edukační brožury pro těhotné ženy, která shrnuje komplexní doporučení a pokyny ke správnému kojení.

# Abstrakt

<b>Autor:</b>	Dominica Kotlantová
<b>Instituce:</b>	Ústav nelékařských studií
<b>Název práce:</b>	Postoje matek ke kojení
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Vachková, Ph. D.
<b>Počet stran:</b>	98
<b>Počet příloh:</b>	12
<b>Rok obhajoby:</b>	2024
<b>Klíčová slova:</b>	kojení, problémy při kojení, postoje, výhody kojení

Bakalářská práce pojednává o postojích matek ke kojení, faktorech, které mohou jejich názory ovlivňovat.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá postoji ke kojení v historii, anatomii a vývojem prsu, kojením a edukací. Dále laktací a složením mléka, problémech s kojením a jejich řešením, alternativy kojení i podpůrné programy kojení v ČR. Zmiňují výhody kojení, pro dítě i pro matku.

Empirická část je tvořena kvantitativním výzkumným šetřením. Dotazník se zaměřuje na postoj matek ke kojení a faktory, které mohou názor matky ovlivnit. Dále informovanost žen v oblasti kojení. Zkoumaný vzorek tvoří ženy – matky alespoň jednoho dítěte. Dotazník vyplnilo 75 žen splňující kritérium být matkou alespoň jednoho dítěte.



## Abstract

<b>Author:</b>	Dominica Kotlantová
<b>Institution:</b>	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Non-medical Studies
<b>Title:</b>	Mother's position about breast-feeding
<b>Supervisor:</b>	Mgr. Eva Vachková, Ph. D.
<b>Number of pages:</b>	98
<b>Year of defense:</b>	2024
<b>Keywords:</b>	breastfeeding, problems with breastfeeding, opinion, benefits of breastfeeding

The bachelor thesis discusses mother's attitudes towards breastfeeding and the factors that may influence their views.

The theoretical part of the thesis deals with attitudes towards breastfeeding in history, breast anatomy, breastfeeding, and education. Furthermore, lactation and milk composition, breastfeeding problems and their solutions, alternatives to breastfeeding and breastfeeding support programmes in the Czech Republic. I mention the benefits of breastfeeding, for both child and mother.

The empirical part consists of a quantitative research survey. The questionnaire focuses on mothers' attitudes towards breastfeeding and factors that may influence the mother's opinion. Furthermore, women's awareness of breastfeeding. The sample consists of women – mothers of at least one child. The questionnaire was completed by 75 women meeting the criteria of being a mother of at least one child.

## Použitá literatura a prameny

1. ALBRECHT-ENGEL, Ines a ALBRECHT, Manfred. *Těhotenství a porod: co se děje v ženském těle měsíc za měsícem*. Dobré rady (Vašut). Praha: Vašut, 2008. ISBN 978-80-7236-604-0.
2. *Anatomie prsu*. Online. In: MAMMA HELP. Mamma HELP. C1999-2020. Dostupné z: <https://www.mammahelp.cz/rakovina-prsu/vse-o-rakovine-prsu/anatomie-prsu/>. [cit. 2023-12-10].
3. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
4. BAYER, Milan (ed.). *Pediatric*. Lékařské repetitorium. V Praze: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-388-2.
5. BEHINOVÁ, Markéta a KAISEROVÁ, Klára, KARGER, Petr (ed.). *Velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let. 2., rozš. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2007. ISBN 978-80-204-1749-7.
6. BERANOVÁ, Tereza. *Informovanost žen o kojení v Královeshradeckém kraji*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2015.
7. BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
8. BINDER, Tomáš; ROSEZÍNOVÁ, Alena; LAMKOVÁ, Ivana a LAMPLOTOVÁ, Ludmila. *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.
9. BINDER, Tomáš a VAVŘINKOVÁ, Blanka. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2016. ISBN 978-80-7561-020-1
10. BUBENÍKOVÁ, Jana. *Laktační poradenství v rámci domácí zdravotní péče*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2009.
11. DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

12. FAIT, Tomáš. *Šestinedělí*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2021]. ISBN 978-80-7345-685-6.
13. HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. HARÁKOVÁ, Hana. *Kojení a edukace*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2008.
15. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.
16. HRONEK, Miloslav. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 80-7345-013-5.
17. HRONEK, Miloslav a BAREŠOVÁ, Hana. *Strava těhotných a kojících*. Forsapi, 2014. ISBN 978-80-87250-20-4.
18. HŘIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4034-7.
19. JUNOVÁ, Anna. *Informovanost žen o kojení*. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2021.
20. KAŠPAROVÁ, Dominika. *Historie a současnost v kojení z pohledu porodní asistentky*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2017.
21. KERN, Hans; MEHL, Christine; NOLZ, Hellfried; PETER, Martin a WINTERSPERGER, Regina. *Přehled psychologie*. Vydání páté. Přeložil Magdalena VALÁŠKOVÁ. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0871-6.
22. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-246-1112-0.
23. KOVÁŘOVÁ, Jitka a ZOUHAROVÁ, Zuzana. *Pečujeme o zdravý dětský chrup*. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-3029-2.
24. MAMILA. *Kojení*. Online. Mamila poradenstvo pri dojčení. C2021. Dostupné z: <https://www.mamila.sk/cz/uvod/>. [cit. 2024-04-10].
25. MAZÚCHOVÁ, Lucia; MASKÁLOVÁ, Erika a DIVOKOVÁ, Dominika. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3390-1.
26. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-4.

27. NEDOKLUBKO. *Banky mateřského mléka v ČR*. Online. Nedoklubko. 19.5. 2022n. 1. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/jak-pomahame/bmm/>. [cit. 2024-04-10].
28. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-411-3.
29. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-215-2.
30. PAŘÍZEK, Antonín a HONZÍK, Tomáš. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-216-9.
31. PILKA, Radovan. *Gynekologie*. 2. aktualizované vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-743-3.
32. POLOKOVÁ, Andrea. *Praktický návod na kojení*. Druhé vydání, první ve Slovartu. Přeložil Andrea KRBEČKOVÁ. Praha: Mamila, [2020]. ISBN 978-80-276-0179-0.
33. PROCHÁZKA, Martin a PILKA, Radovan. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5322-4.
34. SAKOVÁ, Dominika. *Fyziologická výživa kojenců*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra biologie a environmentálních studií, 2021.
35. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, Národní komise pro kojení. Přínos kojení. Online. Národní zdravotnický informační portál. 2023. [cit. 2023-11-29]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/805-prinos-kojeni#:~:text=Krom%C4%9B%20pot%C5%99ebn%C3%BDch%20%C5%BEivin%20obsahuje%20mate%C5%99sk%C3%A9,proto%20m%C3%A9n%C4%9B%20zat%C4%9B%C5%BEuje%20d%C4%9Btsk%C3%A9%20ledviny>.
36. *Technika kojení - polohy*. Online. In: *Kojení.cz*. C2023. Dostupné z: <https://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>. [cit. 2023-12-14].
37. TLÁSKAL, Petr. *Historie a současnost počáteční dětské výživy*. Online. *Pediatric pro praxi*. 2008. [cit. 2023-12-14]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/02/04.pdf>.
38. TLÁSKAL, Petr; BLATTNÁ, Jarmila; DLOUHÝ, Pavel; DOSTÁLOVÁ, Jana; PERLÍN, Ctibor et al. *Výživa a potraviny pro zdraví*. Praha: Společnost pro výživu, 2016. ISBN 978-80-906659-0-3.

39. TRUNKÁTOVÁ, Martina. *Výživa novorozence*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2016.
40. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
41. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.
42. VACUŠKOVÁ, Bc. Miluše. *Historie kojenecké výživy od roku 1945 do roku 2008*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2009.
43. VELEMÍNSKÝ, Miloš a ŠIMKOVÁ, Simona. *Pediatric z pohledu výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2020. ISBN 978-80-7394-794-1.
44. VELEMÍNSKÝ, Miloš a VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Dítě: 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-929-0.
45. WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. Rádci pro rodiče a vychovatele. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.
46. World Health Organization. Breastfeeding. WHO [online]. c2023 [cit. 2024-11-28]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#:~:text=WHO%20and%20UNICEF%20recommend%20that,c hild%20wants%2C%20day%20and%20night>.
47. *Zákony pro lidi*. Sdělení č. 104/1991 Sb. Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte. Online. Zákony pro lidi. C2010-2023. [cit. 2023-12-04]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104#>.

## 9. Seznam zkratek

<b>AIDS</b>	Acquired Immunodeficiency Syndrome
<b>BFHI</b>	Baby Friendly Hospital Initiative
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>IgA</b>	Imunoglobulin A
<b>IQ</b>	inteligenční kvocient
<b>LALI</b>	Laktační liga
<b>MM</b>	mateřské mléko
<b>SC</b>	sectio caesarea, císařský řez
<b>SIDS</b>	Sudden infant death syndrome, syndrom náhlého úmrtí dítěte
<b>TBC</b>	Tuberculosis
<b>UNICEF</b>	United Nations International Children's Emergency Fund, Dětský fond organizace spojených národů
<b>WABA</b>	World Alliance for Breastfeeding Action
<b>WHO</b>	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## 10. Seznam grafů

<b>Graf 1</b> – Počet dětí u respondentek.....	42
<b>Graf 2</b> – Dosažené vzdělání respondentek.....	43
<b>Graf 3</b> – Rodinný stav respondentek.....	44
<b>Graf 4</b> – Bydliště respondentek.....	45
<b>Graf 5</b> – Plánovala jste kojit? .....	46
<b>Graf 6</b> – Předchozí zkušenosti s kojením.....	47
<b>Graf 7</b> – Kojila jste? .....	48
<b>Graf 8</b> – Odstríkávání MM.....	49
<b>Graf 9</b> – Proč jste se rozhodla ke kojení dítěte? .....	51
<b>Graf 10</b> – Postoj ke kojení v rodině.....	52
<b>Graf 11</b> – Vy sama jste byla kojená? .....	53
<b>Graf 12</b> – Informování o kojení v těhotenství.....	54
<b>Graf 13</b> – Příložení k prsu 30 min po porodu.....	55
<b>Graf 14</b> – Podpora kojení v porodnici.....	57
<b>Graf 15</b> – Povědomí o kojení.....	58
<b>Graf 16</b> – Slyšela/četla jste o výhodách kojení.....	60
<b>Graf 17</b> – Víte, že WHO doporučuje kojit 6 měsíců? .....	62
<b>Graf 18</b> – Myslíte, že je pro děti stejně prospěšné kojení a umělá výživa?.....	63
<b>Graf 19</b> – Kojila jste alespoň půl roku? .....	64
<b>Graf 20</b> – Plné kojení.....	65
<b>Graf 21</b> – Částečné kojení.....	66

## 11. Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> – Důvody, proč žena nekojila.....	50
<b>Tabulka 2</b> – Důvody, proč nebylo dítě přiloženo do 30 minut od porodu.....	56
<b>Tabulka 3</b> – Převaha informací o kojení.....	59
<b>Tabulka 4</b> – Hlavní zdroj informací o kojení.....	61



## **12. Seznam příloh**

**Příloha č. 1** – 10 kroků k úspěšnému kojení

**Příloha č. 2** – obrázek Anatomie prsu

**Příloha č. 3** – Kojení vleže

**Příloha č. 4** – Kojení vleže na zádech

**Příloha č. 5** – Kojení vsedě

**Příloha č. 6** – Kojení v polosedě

**Příloha č. 7** – Fotbalové držení

**Příloha č. 8** – Poloha tanečnicka

**Příloha č. 9** – Vertikální vzpřímená poloha

**Příloha č. 10** – kojení dvojčat

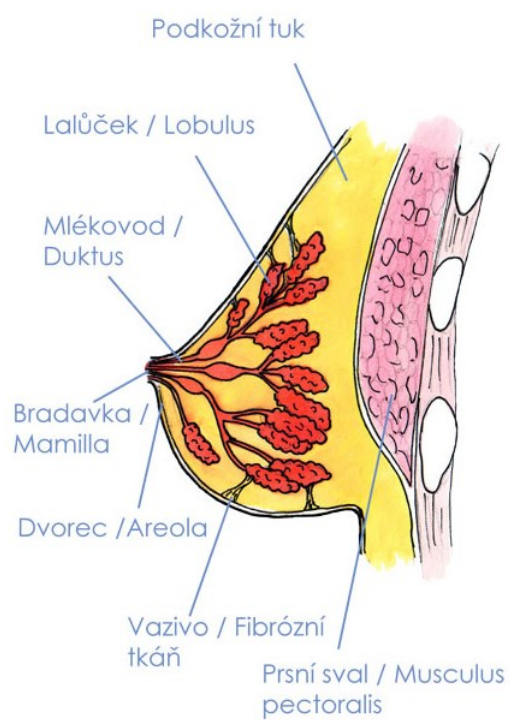
**Příloha č. 11** – dotazník

**Příloha č. 12** - Brožura

Příloha č. 1 – 10 kroků k úspěšnému kojení  
( World Health Organization, 2023)



Příloha č. 2 – obrázek Anatomie prsu (Anatomie prsu, Mamma HELP, 2020)



Příloha č. 3 – Kojení vleže (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 4 – Kojení vleže na zádech (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 5 – Kojení vsedě (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 6 – Kojení v polosedě (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 7 – Fotbalové držení (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 8 – Poloha tanečnicka (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 9 – Vertikální vzpřímená poloha (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 10 – Kojení dvojčat (Technika kojení, 2023)



Příloha č. 11 – Dotazník

Vážené respondentky,

Mé jméno je Dominica Kotlantová a studuji 3. ročník bakalářského oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Postoje matek ke kojení. Mým cílem je zjistit, co by mohlo ovlivnit názory Vás maminek na kojení, případně z jakého důvodu jste se rozhodly kojit či nekojit.

Pokud jste matkou alespoň jednoho dítěte, chci Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela dobrovolný a samozřejmě anonymní.

Předem děkuji za Váš čas i ochotu.

1. Kolik máte dětí?

- a) 1 dítě
- b) b) 2 děti
- c) c) 3 a více dětí

2. Vaše vzdělání je...

- a) ZŠ
- b) SŠ
- c) VOŠ
- d) VŠ

3. Váš rodinný stav je...

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená

4. Kde bydlíte?

- a) Ve městě
- b) Na vesnici

5. Plánovala jste kojit?

- a) Ano
- b) Ne

6. Máte již nějaké předchozí zkušenosti s kojením?

- a) Ano
- b) Ne

7. Kojila jste?

- a) Ano
- b) Ne

8. Odstříkávala jste mléko a krmila dítě mateřským mlékem?

a) Ano

b) Ne

9. Napište, prosím, důvod, proč jste nekojila:

Napište...

10. Proč jste se rozhodla ke kojení svého dítěte?

a) Kojení je nejpřirozenější a nejvhodnější výživa pro mé dítě

b) Kojení napomáhá vytvořit citové pouto mezi matkou a dítětem

c) Kojení podporuje zdraví mého dítěte

d) Na doporučení zdravotníků

e) Je to ekonomicky výhodné

f) Kojení přispívá ke zdraví matky

g) Je pohodlné z hlediska přípravy

h) Jiné

11. Ve vaší rodině panuje kladný postoj ke kojení?

a) Ano

b) Ne

12. Vy sama jste byla kojená?

a) Ano

b) Ne

13. Byla jste v průběhu v průběhu těhotenství informována o kojení?

a) Ano

b) Ne

14. Bylo Vaše dítě přiloženo k prsu po porodu do 30 minut?

a) Ano



b) Ne

15. Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku NE - Co bylo podle Vás příčinou?

Napište....

16. V porodnici jste byla podporována ke kojení?

a) Ano

b) Ne

17. Měla jste povědomí o kojení před těhotenstvím? (o prospěšnosti kojení, možných problémech při kojení)

a) Ano

b) Ne

18. Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku ANO - Jaké informace převažovaly?

Napište.....

19. Slyšela jste/četla jste o výhodách kojení? (internet, lékaři, známí, rodina,..)

a) Ano

b) Ne

20. Pokud byla Vaše odpověď na předchozí otázku ANO - Kdo byl hlavní zdroj informací?

Napište.....

21. Víte, že WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje kojit minimálně po dobu 6 měsíců?

a) Ano

b) Ne

22. Myslíte, že je pro děti stejně prospěšné kojení a umělá výživa?

a) Ano

b) Ne

23. Kojila jste plně alespoň půl roku? (dle doporučení WHO a pediatrů)

a) Ano

b) Ne

24. Plně jsem kojila do..... věku dítěte.

Napište věk dítěte.....

25. Částečně jsem kojila do..... věku dítěte.

Napište věk dítěte.....