

UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2024

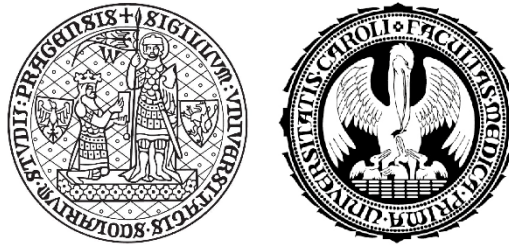
Šárka Poláčková

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



**Šárka Poláčková**

Metodika laktačního poradenství

Methodology of lactation consultancy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Eliška Maixnerová

Praha, 2024

## **Prohlášení:**

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

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

V Praze, 30. 6. 2024

Šárka Poláčková

.....

**Identifikační záznam:**

POLÁČKOVÁ, Šárka. *Metodika laktačního poradenství. [Methodology of lactation consultancy]*. Praha, 2024. 55 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie. Vedoucí práce Maixnerová Eliška.

## **Poděkování:**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce MUDr. Elišce Maixnerové za odborné vedení této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat firmě Kojení Praha s. r. o. za umožnění zpracování jejich dat. A následně bych chtěla poděkovat svým blízkým, kteří mě podporovali při psaní této práce.

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou laktačního poradenství a vlivem laktačního poradenství na úspěšnost kojení.

Cílem teoretické části bylo shrnout témata, která se týkají laktace, kojení, managementu kojení v České republice a laktačního poradenství. Praktická část se zabývala analýzou dat získaných z anonymizovaných zápisů konzultací laktačních poradkyň. Praktická část byla rozdělena na kvalitativní a kvantitativní část. Cílem kvalitativní praktické části bylo zjistit jaké jsou hlavní rozdíly mezi problémy s kojením uváděné matkami a problémy s kojením diagnostikované laktačními poradkyněmi z firmy Kojení Praha s. r. o. na konzultacích. Dalším cílem této části bylo zjistit jaké intervence jsou neúčinnější při řešení problémů s kojením. V kvantitativní části bylo cílem zjistit, zda konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. prokazují pozitivní vliv na úspěšnost kojení.

Z výsledků kvalitativní části výzkumu vyplývá, že matky nejsou ve většině případů schopny samostatně identifikovat problém s technikou a polohou při kojení. Také vyplynulo, že matky často neidentifikovaly nesprávný režim kojení jako problém. Dalším výsledkem bylo zjištění, že největší vliv na zlepšení stavu kojení mají základní intervence – edukace a praktický nácvik techniky a polohy při kojení.

Výsledkem kvantitativní části bylo zjištění, že konzultace s laktační poradkyní mají statisticky významně příznivý vliv na zvýšení schopnosti kojit a tím i pozitivní vliv na úspěšnost kojení.

## **Klíčová slova**

Laktační poradenství, laktace, kojení, šestinedělí, techniky kojení, komplikace kojení

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the issue of lactation consultancy and the impact of lactation consultancy on breastfeeding success.

The aim of the theoretical part was to summarize the topics related to lactation, breastfeeding, management of breastfeeding in the Czech Republic and lactation consultancy. The practical part pursued the analysis of data obtained from anonymised records of consultations written by lactation consultants. The practical part was additionally divided into qualitative and quantitative section. The aim of qualitative section was to find what are the main differences between breastfeeding problems reported by mothers and those diagnosed by lactation consultants from Kojení Praha s. r. o. during consultations. Another aim of this part was to find which interventions are most effective in solving breastfeeding problems. In the quantitative part the aim was to find whether consultations with a lactation consultant from Kojení Praha s. r. o. demonstrate a positive effect on breastfeeding success.

The results of the qualitative part of the research show that in most cases mothers are not able to independently identify problems with breastfeeding technique and position. It also revealed that mothers often did not identify incorrect breastfeeding routines as a problem at all. Another finding was that basic interventions, such as education and practical training in breastfeeding technique and position have the greatest impact on improving the breastfeeding status.

The result of the quantitative part was that consultation with a lactation consultant had a statistically significant positive effect on increasing the value of the breastfeeding ability and thus had a positive effect on breastfeeding success.

## **Key words**

Lactation consultancy, lactation, puerperium, techniques of breast feeding, complications of breast feeding

## Obsah

Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Mléčná žláza .....	12
1.1 Anatomie mléčné žlázy .....	12
1.2 Vývoj prsu a mléčné žlázy.....	12
1.3 Fyziologie laktace.....	13
2 Mateřské mléko.....	15
2.1 Složení mateřského mléka.....	15
2.1.1 Bílkoviny, tuky, sacharidy.....	15
2.1.2 Vitaminy.....	15
2.1.3 Minerální látky a stopové prvky.....	16
2.2 Výhody kojení pro dítě .....	16
2.2.1 Prevence infekce.....	16
2.2.2 Imunitní obrana.....	17
2.2.3 Nadváha, obezita a diabetes.....	17
2.2.4 Maligní onemocnění.....	17
2.3 Výhody kojení pro matku .....	17
2.4 Kojení a vztahová vazba mezi dítětem a matkou.....	18
2.5 Obecné výhody kojení .....	18
3 Historie kojení .....	19
4 Problémy s kojením.....	22
4.1 Kontraindikace kojení .....	22
4.2 Iniciální nalití prsů .....	22
4.3 Nedostatek mléka .....	23
4.4 Nadbytek mléka.....	23
4.5 Problémy s uvolňováním mléka .....	23
4.5.1 Retence mléka .....	23
4.6 Problémy s bradavkami.....	24
4.6.1 Ploché bradavky .....	24



4.7	Mastitida.....	24
4.8	Problémy ze strany dítěte .....	25
5	Management kojení v současnosti .....	26
5.1	Stav kojení v ČR.....	27
5.2	Laktační poradenství.....	27
5.3	Kojení v časném poporodním období .....	28
5.4	Technika kojení.....	30
5.4.1	Polohy při kojení .....	30
5.4.2	Přiložení a přísátí dítěte k prsu .....	32
5.5	Indikátory efektivního kojení.....	32
5.5.1	Fáze nenutritivního sání.....	32
5.5.2	Fáze nutritivního sání.....	32
5.5.3	Vylučování moči.....	33
5.5.4	Vylučování stolice.....	33
5.5.5	Hmotnost dítěte .....	33
5.6	Odstříkávání a uskladnění mateřského mléka .....	34
5.6.1	Odstříkávání mateřského mléka rukou .....	35
5.6.2	Odstříkávání mateřského mléka odsávačkou.....	35
5.6.3	Uchovávání odstříkaného mateřského mléka.....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
6	Úvod.....	37
6.1	Metoda sběru dat .....	37
6.2	Téma výzkumu .....	37
6.3	Definice kategorií v popisu výzkumného souboru .....	37
6.4	Popis výzkumného souboru.....	38
7	Kvalitativní část.....	40
7.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	40
7.2	Metodika zpracování dat.....	40
7.2.1	Definice kategorií.....	40
7.3	Výsledky výzkumu .....	42
7.3.1	Rozdíly v identifikaci problémů matkou a laktační poradkyní .....	42

7.3.2	Intervence a jejich účinnost .....	42
7.3.3	Další zajímavé souvislosti .....	43
8	Kvantitativní část .....	44
8.1	Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy .....	44
8.2	Metodika zpracování dat .....	44
8.3	Metodika analýzy dat .....	45
8.4	Výsledky výzkumu .....	45
9	Vyhodnocení výsledů výzkumu a diskuze .....	46
9.1	Vyhodnocení výsledků výzkumu .....	46
9.2	Diskuze .....	47
9.3	Doporučení .....	47
10	Závěr .....	49
	Použitá literatura .....	50
	Seznam obrázků .....	53
	Seznam grafů .....	54

## Úvod

Kojení je symbolem mateřství a v případě, že se nedaří, matka může cítit pocit selhání. Je potřeba tudíž matky v kojení podporovat a pomáhat jim. Myslím si, že porodní asistentky a laktační poradkyně mají v tomto ohledu nejdůležitější funkci.

Tuto problematiku jsem si vybrala, protože mě téma kojení a laktačního poradenství zajímá a chtěla bych se mu věnovat i v budoucnu. Cílem této práce bylo zmapovat práci laktační poradkyně a najít zajímavé souvislosti. V teoretické části jsem nastínila témata laktace, kojení, managementu kojení v České republice a laktačního poradenství.

Problémy s kojením mohou mít různou podobu, ať už se projeví například nedostatečným prospíváním dítěte nebo bolestivými prsy. Identifikace problému je prvním krokem k jeho řešení. Proto se v první části výzkumu zaměřím právě na toto téma. V další části se budu zabývat úspěšností zlepšení stavu kojení pomocí konzultací s laktační poradkyní.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Mléčná žláza

### 1.1 Anatomie mléčné žlázy

U žen se na přední straně hrudníku nachází vyklenutí zvané prs. Součástí prsu je mléčná žláza – glandula mammae. Poloha, tvary a velikosti prsu mohou být různé podle genetiky, množství tukové tkáně, věku i podnebí, v němž dotyčná žije. Zároveň velikost prsu nemusí být proporční k velikosti mléčné žlázy. (Čihák 2016)

Prs je pokrytý tenkou, a jemnou kůží, tudíž skrze ni mohou prosvítat žíly a být viditelné. Zároveň je kůže prsu velmi bohatě inervovaná. Na prsu se nachází dvorec – areola mammae. Jedná se o více pigmentovaný kruh o průměru 3-5 cm. Pigmentace dvorce se liší podle celkové pigmentace ženy. Velikost dvorce se v graviditě zvětší, stejně i síla pigmentace. Po vnitřních okrajích dvorce se nachází malé hrbolky, které jsou vyzdviženy žlázkami – glandulae areolares, které mají shodnou stavbu jako mléčná žláza. (Čihák 2016)

Uprostřed areoly se nachází prsní bradavka – papilla mammae. Bývá lehce vyvýšená, ale může být i plochá nebo vpáčená. Na vrchu bradavky je přibližně 15-20 malých otvůrků, kterými ústí ven několik mlékovodů – ductus lactiferi, které vedou z hloubky mléčné žlázy. Celá tato oblast se nazývá area cribiformis papillae. Zároveň se na bradavce nachází mazové žlázy, které produkují sekret, který má bradavku chránit před macerací při kojení. Ve dvorci je hladká svalovina, která zde probíhá paprskovitě a v bradavce šroubovitě. Na vrcholu bradavky a na okrajích dvorce se svalovina upíná do kůže, díky tomu může reagovat na podráždění dotykem, kdy se dvorec smrští a bradavka se vyzdvihne. (Čihák 2016)

Další částí je těleso žlázy – corpus mammae, které je laločnaté, bělošedé, tuhé s hrbolatým povrchem a hmotností mimo laktaci v rozsahu 130-200 gramů. V těhotenství se jeho hmotnost dvakrát až třikrát zvýší. V tělesu najdeme 15-20 laloků mléčné žlázy, které se dále dělí na lalůčky mléčné žlázy, které jsou složeny ze žlázoých alveolů. Z lalůček vedou mléčné vývody a spojují se v mléčný duktus, kterých je stejný počet jako počet laloků. (Čihák 2016; Roztočil a Bartoš 2011)

### 1.2 Vývoj prsu a mléčné žlázy

U člověka se základy pro mléčné žlázy vytvářejí u obou pohlaví již v embryonálním období. A to ve formě epitelového ztlustění – mléčné lišty. V tu dobu vede mléčná lišta od axily až po vnitřní plochu stehna. Pouze v hrudním úseku se z ní přes apokrinní žlázy nakonec vyvine žláza mléčná. Lokalizace je na přední straně hrudníku, ale mohou se objevit po celé délce původní mléčné lišty i akcesorní mléčné žlázy, rudimentární bradavky nebo jen pigmentové skvrny. U mužů se vývoj mléčné

žlázy od puberty zastaví a zůstává v základu jako rudimentární mamma masculina. Tento proces je ovlivněný hladinou testosteronu, který za normálních okolností vývoj mléčné žlázy blokuje. Výjimečně může nastat stav, kdy se žláza vyvíjí dál a vzniká gynekomastie, a to buď pod vlivem zvýšené hladiny ženských hormonů, při nízké hladině testosteronu nebo při absenci buněčných receptorů pro testosteron. (Roztočil a Bartoš 2011)

U žen fyziologicky vývoj pokračuje, v dětství a při dospívání se nejdříve zvedá areola s papilou nad úroveň kůže – infantilní mamma. Dále se prs formuje do nízkého pupencovitého tvaru – areolomamma, zvětšuje svůj obvod – mamma areolata a následně se vytvoří zřetelný, ale nízký, prs s jasnou bradavkou – mamma papillata. Vývoj v pubertě je podmíněný nástupem ovulace a menstruačního cyklu. Vlivem estrogenů se vytváří duktální a lobulární tkáň a tím roste prsní parenchym. Zároveň v tomto období přibývá tuková tkáň. Během puberty je prsní tkáň také více citlivá na hormonální změny podle fáze menstruačního cyklu, mění se hutnost prsního vaziva, průtoky krve a intenzivněji se střídá cytogeneze s apoptózou. (Roztočil a Bartoš 2011; Lawrence et al. 2022)

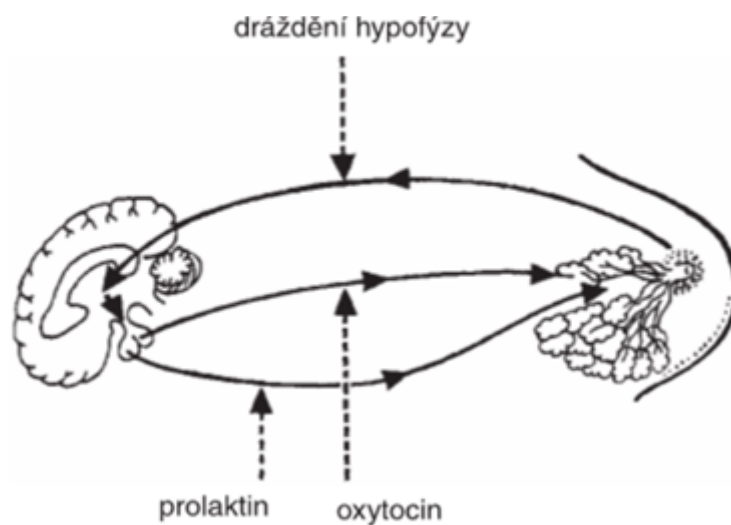
Další vývoj přichází až v období těhotenství pod vlivem hormonů žlutého tělíska, placentárního hormonu a prolaktinu. Mléčné vývody se od poloviny prvního trimestru prodlužují, jejich lumen se zvětšuje a na jejich koncích se vytváří rozšířeniny. Mění se poměr tkání ve prospěch žlázové tkáně oproti vazivové. U matky, která plně kojí se mohou mlékovody rozšířit na velikost až 4-9 mm. (Roztočil a Bartoš 2011; Lawrence et al. 2022)

### **1.3 Fyziologie laktace**

Laktace je fyziologické dokončení reprodukčního cyklu ženy. Průběh zahájení laktace má dvě fáze – sekreční diferenciaci a sekreční aktivaci. Diferenciacie je proces přeměny epiteliálních buněk na laktocyty, jejichž funkcí je tvorba mléka. Následná sekreční aktivace spočívá v zahájení sekrece mléka, se kterou jsou spojeny změny v koncentracích různých složek mléka. (Lawrence et al. 2022)

Začátek přípravy organismu matky na kojení nastává již se začátkem vývoje plodu. Estrogeny způsobují proliferaci mlékovodů a progesteron ovlivňuje stimulačně epitel alveolů. Estrogeny a progesteron se následně svým poklesem po porodu podílejí na spouštění laktace. Avšak hlavní roli v tvorbě mléka hraje hypofyzární prolaktin. Množství a intenzita tvorby mléka je ovlivněna kojením. Při stimulaci bradavky sáním dochází ke zvýšení vyplavování prolaktinu adenohipofýzou, prolaktin pak působí na receptory buněk a stimuluje produkci mléka. Zároveň neurohypofýza pulzativně zvyšuje výdej oxytocinu. Oxytocin pak způsobuje kontrakci myoepiteliálních buněk, díky které se vypuzuje mléko z alveolů a malých mléčných vývodů. (Roztočil et al. 2017; Hájek et al. 2014)

Obrázek 1 Ovlivnění laktace drážděním bradavky, přejato z Hájek 2014



V mléčné žláze se nachází žlázové buňky, ve kterých se tvoří mateřské mléko. Žlázové buňky jsou rozmístěné do váčkovitých útvarů. Mléko se přesouvá pomocí vývodů do sinusů, kde se hromadí. Následně je mléko vypuzeno z prsu pomocí činností jazyka a svalů úst dítěte za účelem ho spolknout. (Roztočil et al. 2017)

K první sekreci z prsu může docházet již před porodem, vychází zažloutlé řídké mlezivo – kolostrum. Sekrece kolostra pokračuje i pár dní po porodu a následně se sekret postupně mění přes přechodné mléko na mléko zralé, které je hustší. Kolostrum obsahuje méně tuků a cukrů než mateřské mléko. Svým složením je bohatší na bílkoviny a minerální látky – hlavně hořčík, který má pozitivní vliv na peristaltiku a vypuzení stolice, a dále jsou v kolostru přítomné i imunoglobuliny. Kaloricky je kolostrum pro novorozence dostačující na první dny po porodu. (Roztočil et al. 2017; Hájek et al. 2014)

## 2 Mateřské mléko

### 2.1 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko je svým složením ta nejvhodnější a nejdokonalejší varianta stravy dítěte v prvních 6 měsících. Zároveň má přímo z prsu optimální teplotu pro konzumaci. Během kojení se mateřské mléko konstantně přizpůsobuje měnícím se nárokům a potřebám dítěte. Složky v mléku se postupně upravují i podle úrovně zralosti jednotlivých funkcí dítěte. Konkrétně jde hlavně o zralost zažívacího traktu a nervového systému. Přibližně čtvrtinu bílkovin v kolostru tvoří látky na obranu organismu dítěte, především sekreční imunoglobulin A, lyzozym a laktoferin. Imunoglobulin A slouží jako prevence bakteriální adherence k povrchu epitelových buněk a tím snižuje riziko infekce. (Roztočil et al. 2017; Hájek et al. 2014)

Nutričně lze mateřské mléko nahradit umělou výživou jednoduše. V oblasti imunologie a dlouhodobého prospívání je mateřské mléko naprosto jedinečné. Obsahuje kmenové buňky, které mají pro dítě také velký přínos. (Hájek et al. 2014; Hassiotou a Hartmann 2014)

#### 2.1.1 Bílkoviny, tuky, sacharidy

Mateřské mléko má oproti mléku jiných živočichů nižší obsah bílkovin. Mezi nejvíce zastoupené patří laktalbumin a kasein. Ty jsou syntetizovány v alveolárních sekretorických buňkách. Některé tyto proteiny se jinde nevyskytují a tím je mateřské mléko velmi unikátní. (Roztočil et al. 2017; Hájek et al. 2014)

Tuková součást mateřského mléka je velice variabilní, zastoupení tuků se mění v rámci dne i v průběhu jednoho kojení. Nejbohatší na tuky je mléko pozdě odpoledne. Při aktivním sání dítětem se tuky v mléce postupně zvyšují a ke konci kojení je jejich množství až pětkrát větší než na začátku. Proto je tzv. zadní mléko pro dítě velmi bohatým zdrojem energie. Tuky v mateřském mléku jsou tvořeny převážně glyceridy. (Roztočil 2017)

Největší zastoupení ze sacharidů má v mateřském mléce laktóza. Jedná se o mléčný disacharid a rozkládá ho enzym zvaný laktáza, který se v mléce také vyskytuje. Mezi další cukry obsažené v mateřském mléce patří glukóza a galaktóza. Ve srovnání s kolostrem nebo kravským mlékem, je ve zralém mateřském mléku obecně více cukrů. (Roztočil et al. 2017; Hájek et al. 2014; Anatolitou 2012)

#### 2.1.2 Vitaminy

Četnost vitaminů je v mateřském mléce nejvíce ovlivněna výživou matky. Co se týče vitaminů rozpustných v tucích, tak je v mateřském mléce nedostatek vitamínu K a vitamínu E. Proto je potřeba je dítěti po porodu dodat. Ohledně vitamínu D je pro dítě důležitější zdroj tvorba v kůži vlivem paprsků ze slunce, jelikož ho je v mléce také poměrně málo. Vitamin A je v mateřském mléce zastoupen dostatečně.

Vitaminů, které jsou rozpustné ve vodě, ze skupin B a C bývá většinou dostatek, když má matka ve stravě jejich dostatečný příjem. (Roztočil et al. 2017)

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

Obsah minerálních látek je v mateřském mléce poměrně neměnný. Vápník, hořčík, fosfor, draslík a sodík bývají dostatečně zastoupeny a železo je značně závislé na množství ve stravě matky. Železo z mateřského mléka je pro dítě dobře vstřebatelné, ale v případě hodně nízkého obsahu se to může u dítěte projevit jako chudokrevnost. Na podobném principu jako štítná žláza, mléčná žláza v sobě také koncentruje jód. Ze stopových prvků můžeme v mateřském mléce najít ve významnějším množství například měď, zinek nebo kobalt. (Roztočil et al. 2017; Hájek et al. 2014)

## **2.2 Výhody kojení pro dítě**

Pro kojence je mateřské mléko plnohodnotnou potravinou, jelikož mu dodává nejenom živiny, ale i bioaktivní složky, které nabízejí krátkodobé i dlouhodobé benefity pro jeho zdraví a vývoj. (Anatolitou 2012)

### **2.2.1 Prevence infekce**

Preventivní účinek proti infekcím je jasně nejdůležitějším zdravotním přínosem kojení. Výživa mateřským mlékem snižuje incidenci a/nebo závažnost široké škály infekčních onemocnění. Riziko hospitalizace z důvodu infekcí dolních dýchacích cest v prvním roku života je sníženo o 72 % v případě, že jsou kojenci výlučně kojeni alespoň 4 měsíce. Děti, které byly výlučně kojeny jen 4-6 měsíců, měly čtyřnásobně vyšší riziko zápalu plic ve srovnání s dětmi, které byly kojeny déle než 6 měsíců. Závažnost (délka případné hospitalizace a potřeba oxygenoterapie) u bronchiolitidy způsobené respiračním syncytiálním virem je snížena o 74 % u dětí s výlučným kojením po dobu 4 měsíců oproti dětem, které nebyly kojeny vůbec nebo jen minimálně. Strava mateřským mlékem snižuje u dětí incidenci zánětu středního ucha o 23 % v porovnání se stravou složenou pouze z umělé mléčné výživy. Další pozitivní vlivy mateřského mléka se týkají snížené incidence nespecifických zánětů gastrointestinálního traktu dítěte, a to o 64 %. Tento efekt trvá ještě v době 2 měsíce po ukončení kojení. V neposlední řadě bylo prokázáno, že má mateřské mléko protektivní účinky proti nekrotizující enterokolitidě tím, že reguluje škodlivou zánětlivou reakci. Předčasně narozené děti krmené výhradně mateřským mlékem měly 77% snížení incidence nekrotizující enterokolitidy oproti dětem, které měly stravu složenou z mateřského a kravského mléka. (Anatolitou 2012)

Další studie uvádí spojení mezi kojením a sníženým výskytem syndromu náhlého úmrtí kojence – SIDS v prvním roce života. (Anatolitou 2012)



### **2.2.2 Imunitní obrana**

Výlučné kojení mateřským mlékem po dobu 3-4 měsíců může vést k nižšímu výskytu astmatu, atopické dermatitidy a ekzému. Bylo zjištěno snížení rizika celiakie u kojenců, kteří byli kojeni a zároveň v té době vystaveni lepku. Bylo prokázáno obecné spojení mezi delší dobou kojení a sníženým rizikem celiakie, a to měřením přítomnosti protilátek způsobující celiakii. Kojení také o 31 % snižuje riziko dětských zánětlivých onemocnění střev. To je považováno za výsledek interakce mezi imunoglobulizujícím účinkem mateřského mléka a genetickou náchylností dítěte. (Anatolitou 2012)

### **2.2.3 Nadváha, obezita a diabetes**

Podle studií je 15% až 30% redukce rizika výskytu obezity kojených dětí v období dospívání a dospělosti. Některé studie také zmiňují snížený výskyt diabetu mellitu 1. typu, a to až o 30 % u kojenců, kteří byli výlučně kojeni po dobu nejméně 3 měsíců. Také bylo zaznamenáno snížení o 40 % u výskytu diabetu mellitu 2. typu a tím se poukazuje na dlouhodobě pozitivní účinek kojení na pozdější kontrolu hmotnosti a samoregulaci příjmu potravy. (Anatolitou 2012)

### **2.2.4 Maligní onemocnění**

Dle dostupných statistických dat by mateřské mléko mohlo mít roli v prevenci maligních onemocnění stimulací nebo modulací imunitní odpovědi a podporou jejího časného vývoje. Děti kojené alespoň 6 měsíců a déle mají o 20 % nižší riziko akutní lymfoblastické leukémie a o 15 % nižší riziko akutní myeloidní leukémie. (Anatolitou 2012)

## **2.3 Výhody kojení pro matku**

I pro kojící matku přináší kojení mnoho důležitých výhod. Kojení napomáhá organismu matky, pomocí hormonálních a fyziologických procesů, k lepšímu a rychlejšímu návratu změn, které vznikly v souvislosti s těhotenstvím. Mezi benefity kojení patří snížené krvácení po porodu, plynulejší odcházení lochií a rychlejší zavinování dělohy z důvodu vyšší koncentrace oxytocinu. Kontrakce u zavinování dělohy během prvních dnů po porodu mohou být při kojení silnější až bolestivé. Další výhodou jsou nižší menstruační ztráty krve a delší odstup mezi těhotenstvími díky laktační amenoree. Rovněž vyšší hladina prolaktinu snižuje sekreci hormonu uvolňující gonadotropiny (GnRH), což způsobuje jejich nižší působení a tím zabraňuje ovulaci. U žen, které kojily je nižší riziko výskytu rakoviny prsu či vaječníku. Podle studie, kterou provedli Chowdhury et al., platí, že čím delší kojení je, tím vyšší je jeho ochranný účinek proti rakovině vaječníku. Podle stejné studie matky, které zastavily kojení brzy nebo nikdy nekojily, jsou náchylnější k poporodním depresím. Další ochranný účinek kojení se týká diabetu mellitu 2. typu, hyperlipidémie a metabolického syndromu u matek, které kojily alespoň 1 rok. Bylo prokázáno též spojení mezi kojením a sníženým

výskytem hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění. Některé studie také poukazují u kojících matek na rychlejší návrat k původní hmotnosti před otěhotněním, ale vzhledem k velkému množství faktorů, které mají vliv na úbytek váhy se nedá tento vztah jednoznačně prokázat. (Anatolitou 2012; Mazúchová et al. 2022; Campbell et al. 2019; Chowdhury et al. 2015)

## **2.4 Kojení a vztahová vazba mezi dítětem a matkou**

Vztahová vazba se skládá z emočního a recipročního propojení mezi matkou a dítětem. Tato vazba se začíná vytvářet již v prenatálním období a pokračuje po porodu, proto je velmi jedinečná. Úplně nejdůležitější fází tohoto procesu je období bezprostředně po porodu, kdy je důležité podpořit propojení matky a dítěte pomocí bondingu – kontaktu kůže na kůži. Bonding zároveň podporuje tvorbu základu pro další citové vztahy. První hodina po porodu je pro novorozence nejcitlivějším obdobím, kdy poprvé potkává rodiče a vytváří se rodina. Proto by mělo být do tohoto času co nejméně zasahováno, jelikož je to důležitá událost na celý život. Jediné výjimky jsou nežádoucí zdravotní stavy matky nebo novorozence. Dobře utvořená vztahová vazba je pro novorozence přínosná nejdříve z hlediska lepší poporodní adaptace, a nadále i ohledně pozdějšího psychického vývoje, tvorby efektivních strategií pro zvládání stresu, a kvalitního sociálního fungování. Kromě psychických významů, má vazba matka-dítě i výhody v somatickém zdraví pro novorozence. Má pozitivní vliv na neuroendokrinní, afektivní a psychosomatické regulace a imunitu. (Mazúchová et al. 2022)

V časných stádiích tvorby vztahové vazby je hlavním kontaktem mezi matkou a novorozencem fyzická blízkost. Kojení sblížuje dítě s matkou, přináší pravidelné a citlivé interakce a zároveň je to dobrá příležitost pro kontakt kůže na kůži. Matka tak tráví s dítětem více času a tím se zvyšuje citlivost a pozornost matky k dítěti, učí se rozeznávat jeho signály a následně na ně náležitě reagovat. To celé rozvíjí matčinu schopnost empatie vůči dítěti. Hormon oxytocin, uvolňovaný při kojení v této době, má jakožto „hormon lásky“ velmi pozitivní účinek na vztahovou vazbu matky k dítěti. Zároveň působí i antistresovými účinky. (Mazúchová et al. 2022)

## **2.5 Obecné výhody kojení**

Ke specifickým zdravotním výhodám kojení pro matku i dítě, můžeme přidat i ekonomické, rodinné a environmentální benefity. Mezi tyto benefity můžeme konkrétně řadit potenciální snížení ceny zdravotnické péče, snížení ztrát rodinných příjmů. Dále více času na případné sourozence dítěte a další rodinné příslušníky díky menší nemocnosti dítěte. Mezi environmentální benefity patří snížená zátěž životního prostředí tím, že nevzniká takové množství odpadu jako u umělé výživy a také absence energetické spotřeby, která by byla nutná na výrobu umělé výživy a pomůcek na její podávání. (Anatolitou 2012)

### 3 Historie kojení

Z pozůstatků lidské historie můžeme vidět symboly kojení a matek již z doby kamenné – Venuše věstonická. Další civilizace také znázorňovaly bohyně plodnosti a hojnosti s velkými prsy – bohyně Isis v Egyptě. Znázornění bohyň matek nebylo omezováno pouze na jeden pár prsou, například ve starověkém Řecku byla bohyně hojnosti Artemis Efezská obdařena mnohočetnými prsy po celém těle. Kromě sošek bohyň se dochovaly i záznamy o tom, že již tehdy lidé považovali mateřské mléko za zázračné a léčivé. Jsou literární prameny Indů, Egyptanů, Řeků, Peršanů a Římanů, ze kterých vyplývá, že ne všechny ženy kojily. Ženy z vyšších vrstev přenechávaly kojení otrokyním – kojným, ze sociálních důvodů nebo aby si tím zachovaly pevné prsy. Nejznámější starověký gynekolog Sóranós z Efezu vypracoval podrobná kritéria, která musely kojné splňovat. Zároveň vytvořil i pokyny nejen pro lékaře a porodní báby, ale i pro kojné, ohledně manipulace s dítětem a kojení. Avšak Sóranós považoval kolostrum za škodlivé a matkám, které kojit chtěly a mohly, doporučoval v prvních třech týdnech svěřit výživu dítěte kojné se zralým mlékem. V případě, že nebylo možné živit dítě mateřským mlékem, tak se mu podávalo mléko kravské, kozí či oslí. Děti, které měly tuto nepřirozenou výživu, většinou rychle umíraly. (Šráčková 2004a)

Ve středověku bylo kojení velmi úzce spjato s křesťanskou náboženskou ideologií. Toto spojení je známo ze středověkého výtvarného umění, kde byla velmi často vyobrazena madona s dítětem. V tuto dobu stále přetrvával názor, že je kolostrum pro dítě špatné a nemělo by ho konzumovat. V době renesance si stále urozenější dámy pořizovaly kojné, aby jejich prsy neztrácely na kráse. Tentokrát to bylo už dobře placené povolání a kojné si tuto roli mohly vybrat dobrovolně. I přesto, že mezi 15. až 18. stoletím panovaly názory, že matka, která nekojí, není plnohodnotná matka, tak se tehdy kojné rozšířily i na venkov a pouze minimum dětí bylo kojeno vlastní matkou. V této době bylo totiž kojení považováno za něco vulgárního a nevhodného a kvůli tomu tehdy stoupla kojenecká úmrtnost. Ke konci 18. století se kojení vlastním mateřským mlékem znovu začalo propagovat a byla zřízena i finanční podpora pro matky, které kojily. (Šráčková 2004a; Stevens et al. 2009)

Na počátku 19. století bylo kojení v Evropě velmi propagováno panovnicemi, například ruskou carevnou Alexandrou Fjodorovnou. Také německá císařovna Augusta Viktorie odkojila všechny své děti a přednášela o výhodách a pozitivěch kojení a zároveň odsuzovala krmení z lahví, které se využívalo v nalezencích. Další propagační činnosti se ujmul vídeňské ministerstvo vnitra, které rozesílalo oběžníky pro hejtmany a brožury pro lékaře ohledně důslednější edukace maminek o důležitosti kojení. Avšak i přes veškeré propagace se kojení nedařilo rozšířit dostatečně, proto se začalo s urychleným výzkumem umělé výživy. Postupně začaly být nájemné kojné méně a méně časté a po 1. světové válce úplně mizí. Děti byly tehdy buď kojene matkou, nebo byly krmeny z lahve. (Šráčková 2004b)

V průběhu 19. století měly důležitou roli i porodní báby, které chodily za matkami k porodům a v šestinedělí, dohlížely na správný rozvoj laktace a učily matky řádnou techniku kojení. Byly pro matky nejen odbornými rádkyněmi, ale i emoční a psychickou podporou, dokázaly je uklidňovat a provázely je od těhotenství, přes porod, až do šestinedělí. Uměly pomoci s počátečními potížemi s kojením a případně s přípravou umělé výživy. Tyto návody se učily v nejstarší české učebnici porodnictví pro porodní asistentky – Umění babické od A. Jungmanna. (Šráčková 2004b)

Od první poloviny 20. století se rozmohla umělá výživa ve větším měřítku. Receptury na přípravu kojenecké umělé výživy z kravského mléka popisuje první česká učebnice pediatrie – Dětské choroby od O. Teyschla. Hlavním úkolem v přípravě této výživy byla bakteriologická nezávadnost, nejdříve pomocí svaření, později pasterizací. Bílkoviny v kravském mléku jsou pro kojence hůře stravitelné než ty v mateřském, a proto se kravské mléko ředilo a okyselovalo. Okyselení bylo prováděno buď biologicky – kvašením, kde vznikla kyselina mléčná, nebo chemicky – přidáním samotné kyseliny mléčné či citrónové. Při různých poruchách výživy se mohlo používat i mléko sójové nebo mandlové. Takže krmit dítě lahví s umělou výživou se stávalo v této době velice moderní a kojení bylo zase na ústupu. Namísto kojných se rozšířily tzv. bony. Byly to vyškolené mladé chytré dívky, nejen v oblasti přípravy umělé výživy, ale i v ošetrovatelské péči o děti. V bohatších rodinách přebíraly bony péči o děti a matky se mohly naplno věnovat svému sociálnímu životu ve vyšší vrstvě. Takto to fungovalo cca do 2-3 let věku dítěte a pak si je přebírala vychovatelka. Když byla příprava kojenecké výživy nedostatečně sterilní, včetně lahví a saviček, tak mohly u dětí nastat těžké poruchy zažívacího traktu, na které následně umíraly. Tento stav doprovázelo těžké zvracení a průjemy, které vedly následně k dehydrataci. Dehydratovaným dětem se pak musely podávat zavodňovací infuze. Kojenecká úmrtnost, která souvisela s výživou, byla v té době vysoká – umíralo 10-20 dětí ze 100 živě narozených. (Šráčková 2004b; Wargo 2016)

V období od 50. do 70. let 20. století se do trendu umělé výživy přidala i sušená mléka. Výroba těchto mlék byla zavedena od 50. let a na trhu se objevily produkty *Lakton* a *Relakton*. Později se vyvinul *Sunar* a *Evico* a s nimi byl v ČSSR zaveden jednotný výživový systém kojenců. Díky tomu klesla významně novorozenecká a kojenecká úmrtnost. V 60. letech se umělá výživa ještě vylepšila a vzniklo mléko, které se více podobalo tomu mateřskému – *Feminar*. Děti krmené umělou výživou většinou lépe přibíraly na váze než s mateřským mlékem, a proto byly matky s touto metodou výživy spokojeny. Stále více a více matek se z toho důvodu obracelo právě na umělá mléka a kojení ustupovalo do pozadí. Jen málo matek kojilo své děti do 3. měsíce a pak stejně přešly na umělé. Nebylo to způsobené jenom trendy umělé výživy, ale pomohla tomu i krátká placená mateřská dovolená. Dalším faktorem bylo, že s názorem „umělá výživa je pro dítě lepší, protože po ní lépe prospívá“ začal souhlasit i zdravotnický personál. (Šráčková 2004b)

Problémům s kojením nepomohla ani skutečnost, že se zrušily domácí porodny a začal se využívat systém ústavního porodnictví, ve kterém bylo dítě od matky těsně po porodu odděleno a znovu se s ní setkalo až po 24-36 hodinách. To produkovalo komplikace s prvním přisátím, jelikož prsy matky byly moc nalité, takže se novorozenci špatně přisávalo. Glykémie novorozence v tomto období kolísala, a to následně způsobilo, že byl u kojení spavý. Po aktivním probouzení často začal křičet. Když novorozenec křičí, má při tom postavený jazyk tak, že se nemůže správně přisát k prsu, a tím vznikal další koloběh komplikací. Později se čas odloučení novorozence od matky zkracoval, a nakonec se první přisátí začalo provádět hned po porodu ještě na porodním sále. Nejenom dítě, ale i matka je na to v tuhle dobu také lépe připravena – vysokými hladinami oxytocinu, prolaktinu, endorfinů a adrenalinu. Zároveň brzkým kontaktem a vzájemnou interakcí matky a dítěte se mezi nimi vytváří dobrá vztahová vazba. Proto se klade hned po porodu velký důraz na kontakt kůže na kůži a na oční kontakt. Další výhodou časného přisátí je stimulace další tvorby mléka a správného rozvoje laktace. (Šráčková 2004b)

Koncem 20. století nastal rozmach systému *Rooming in*. Což znamenalo, že byl novorozenec stále v naprosté blízkosti matky. Výhody tohoto systému jsou hlavně včasné přisátí novorozence na prs matky, krmení dítěte podle jeho potřeb a požadavků, bez nastaveného umělého režimu, čas pro matku, aby si osvojila techniky péče o dítě, imunologická symbióza matky a dítěte, která vedla ke snížení nozokomiálních infekcí a stimulace duševního rozvoje dítěte. (Šráčková 2004b)

## 4 Problémy s kojením

### 4.1 Kontraindikace kojení

Existují situace, kdy není kojení vhodné nebo možné. Může jít o důvod ze strany matky nebo dítěte. Zástava laktace se pak provádí medikamentózně. Důvod ze strany dítěte jsou nejčastěji vrozené metabolické vady, kdy dítě nemůže metabolicky zpracovávat mateřské mléko. Mezi tyto vrozené vady patří například galaktosémie, kdy dítěti chybí enzym pro štěpení laktózy, nebo fenylketonurie či leucinóza. (Roztočil et al. 2017; Dort et al. 2018)

Kontraindikací z matčiny strany je srdeční selhání, těžké onemocnění ledvin, jater či plic. Také to mohou být duševní onemocnění – například laktační psychóza nebo poporodní deprese. Jako další sem řadíme některá infekční onemocnění matky, například těžkou tuberkulózu nebo nákazu HIV během kojení. (Roztočil et al. 2017; Dort et al. 2018)

Další situace, které jsou kontraindikované, jsou farmakologie matky. Během kojení je potřeba, aby matka konzultovala s lékařem veškeré léky, které během kojení užívá, aby spolu případně došli k alternativám, které jsou s kojením slučitelné. Kojení je kontraindikované při užívání psychostimulancií (kokain, metamfetamin), cytostatik, lithia, námelových alkaloidů, radioizotopů a narkotik – například heroin ze skupiny opiátů. Alkohol, kofein a nikotin jsou během kojení relativně kontraindikované, kdy je pro dítě nebezpečný hlavně dlouhodobý příjem. Ale i krátkodobé a užívání může způsobovat komplikace, takže se tyto látky nedoporučuje přijímat vůbec. V případě nutnosti podání léčiva, u kterého hrozí přestup do mateřského mléka, se doporučuje identifikovat nejdelsí spánek dítěte, nakojit a až poté si vzít lék. V případě dlouhého biologického poločasu léčiva je po dohodě s lékařem možné krátkodobě kojení přerušit, a krmit předem odstříkaným mateřským mlékem nebo umělou výživou, a mléko vytvořené v době působení léčiva odstříkat a zlikvidovat. (Roztočil et al. 2017; Dort et al. 2018)

### 4.2 Iniciální nalití prsů

Při prvním nalití prsů během 2.-4. dne po porodu se prsy výrazně prokrví a v alveolech a mlékovodech se hromadí mateřské mléko. Zároveň může dojít kvůli hromadění mléka ke snížení tvorby dalšího mléka. Je důležité odlišit normální iniciální naplnění prsů od výrazného přeplnění (z anglického *Engorgement*). Vlivy, které mohou pomoci vzniku výrazného iniciálního nalití prsů, jsou nesprávná a nepřesná technika kojení a přikládání dítěte, pozdní přiložení dítěte po porodu, omezování délky kojení, dokrmování dítěte umělou výživou nebo i nadměrná aplikace roztoků intravenózně během porodu. Komplikace výrazného iniciálního naplnění prsů může být bolestivost, otoky, napjatá kůže a vyšší citlivost prsů, což může způsobovat potíže s přisáváním

dítěte. Prevencí je včasné přiložení dítěte, časté kojení bez omezování délky a frekvence a kontakt dítěte s matkou. U extrémního nalití prsů může být přítomný i pocit tepla v prsou až horečka matky. V případě, že se nadměrné nalití prsů neřeší, může vést až k mastitidě. (Mazúchová et al. 2022; Roztočil et al. 2017)

### **4.3 Nedostatek mléka**

Opravdový nedostatek tvorby mléka z hormonálních důvodů matky se odhaduje pouze na 2-3 % žen. Relativní nedostatek tvorby mléka může být způsoben nedostatečným vyprazdňováním prsů z důvodu nesprávné techniky kojení, podávání jiných tekutin dítěti, omezování délky a frekvence kojení. Matka se může subjektivně domnívat, že má málo mléka pro své dítě a začne ho dokrmovat, pak dítě méně pije z prsou a na základě toho se sníží produkce mléka. Další překážky mohou být anatomické změny prsů a bradavek, některé operativní zákroky na prsou, interní onemocnění matky, poruchy příjmu potravy matky, obezita, abúzus alkoholu či tabáku nebo nadměrná fyzická aktivita. Také některé léky snižují tvorbu mléka. (Roztočil et al. 2017; Mazúchová et al. 2022)

### **4.4 Nadbytek mléka**

Nadměrná produkce mléka je množství přesahující objem, který je nutný pro správný růst dítěte. Průměrné donošené dítě zkonzumuje přibližně 450-1200 ml mléka za 24 hodin, tudíž se za nadměrnou produkci mléka považuje objem překračující tuto hranici. Důvodem může být režim kojení, který neodpovídá potřebám dítěte, časté úplné odstříkávání prsů před kojením nebo hyperprolaktinémie. Důsledky nadbytku mléka jsou bolest a otoky prsou, později mastitida, zablokování mlékovodů, komplikace s přisáváním dítěte až riziko předčasného ukončení kojení. Zároveň se mohou objevit gastrointestinální problémy u dítěte z důvodu zatížení organismu laktózou. (Mazúchová et al. 2022; Lawrence et al. 2022)

### **4.5 Problémy s uvolňováním mléka**

Negativní vliv na uvolňování mléka z prsu může mít stres, omezování kojení a dokrmování dítěte umělou výživou. Důsledky tohoto problému jsou podobné jako při nadměrné produkci. Prsy jsou nalité, oteklé, bolestivé a může se objevit mastitida. Nejčastěji se tento problém vyskytuje v raném období po porodu. (Roztočil et al. 2017)

#### **4.5.1 Retence mléka**

Ucpáním některého z vývodů mléčné žlázy může vzniknout retence mateřského mléka v prsu. Vyskytuje se nejčastěji v místě hromadění mléka. Běžnou příčinou je nesprávná a nepřesná technika kojení a omezování režimu kojení. Další možnou

příčinou bývá, když matka při kojení setrvává v jedné určité poloze nebo když nosí těsné a přiléhavé oblečení. (Roztočil et al. 2017)

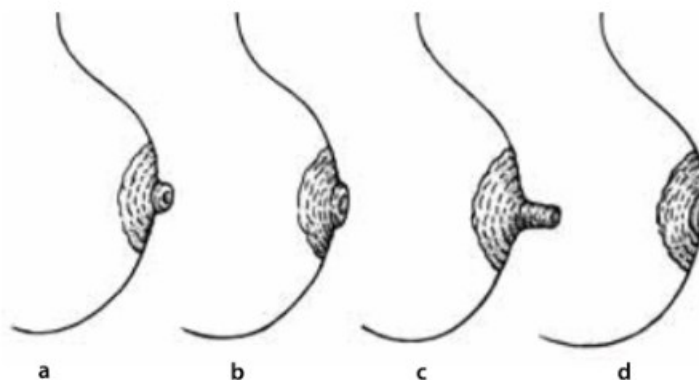
#### 4.6 Problémy s bradavkami

Většina žen pociťuje v prvních dnech až týdnech kojení citlivost bradavek v různé intenzitě. Avšak kojení by se správnou technikou nemělo matku bolet a v případě, že se u matky bolesti objevily, měla by být vyšetřena technika kojení i matka. Bolest a odřeniny na bradavkách jsou jedny z nejčastějších důvodů pro předčasné ukončení kojení. Další důsledek odřených bradavek je zvýšené riziko mastitidy. (Mazúchová et al. 2022; Roztočil et al. 2017)

##### 4.6.1 Ploché bradavky

Ploché či vpáčené bradavky nejsou tolik způsobeny tvarem, jako spíše fyziologickou retraktilitou, tzn. jak moc bradavka vystupuje po dráždění. Ploché nebo vpáčené bradavky mohou způsobit problémy s přisátím a sáním dítěte. Dítě nezvládne dostatečně uchopit bradavku a může být frustrované. Také mohou vzniknout odřeniny na bradavce. Ploché a krátké bradavky se mohou napravit postupně správnou technikou kojení. Vpáčené bradavky lze opravit pomocí formovačů bradavek, které se vkládají do podprsenky.

Obrázek 2 Typy bradavek: a – normální, b – plochá, c – dlouhá, d – vpáčená, přejato z Roztočil et al. 2017



#### 4.7 Mastitida

Zánět prsu se vyskytuje nejčastěji u prvorodiček, ale může postihnout i matky, které již kojily. Četnost výskytu je přibližně 2,5 % kojících žen. Hlavní příčina infekce je narušení kožní bariéry dvorce či bradavky a vstupu infekčního agens, nejčastěji *Staphylococcus aureus*. Po infekci vznikají příznaky jako bolest, otok a zarudnutí a bolest se zhoršuje při kojení. Matka trpí horečkou a třesavkou, která se s progresí



onemocnění zvyšuje. Prs je na kůži zarudlý a horký. Při infekci prsu se doporučuje co nejvíce v kojení pokračovat. (Mazúchová et al. 2022)

#### **4.8 Problémy ze strany dítěte**

Problémy s kojením mohou způsobovat i různá onemocnění dítěte, anatomické nepravidelnosti dítěte či psychické faktory. Při křiku se dítě nedokáže správně přisát z důvodu špatné polohy jazyka v ústech. Když se dítě přisaje a zase se hned odpojí, tak je potřeba zkontrolovat vzájemnou polohu matky a dítěte. Bradavka může směřovat nerovně do úst dítěte a z toho důvodu ji nemůže dítě správně uchopit na sání. Dítě může odmítat jeden prs a preferovat ten druhý. Důvodem může být různá vypuzovací síla prsu, je proto potřeba upravit polohu tak, aby se rozdíl co nejvíce vyrovnal a odmítaný prs případně odstříkat. (Roztočil et al. 2017)

## 5 Management kojení v současnosti

V dnešní době je snaha o propagaci kojení mateřským mlékem. Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF) vydali doporučení pro výlučné kojení 6 měsíců a pak pokračující kojení do 2 let věku dítěte nebo i déle. Ale i přes snahy a propagaci je ve světě četnost kojenců výlučně kojených mezi 0. a 6. měsícem života pouze 38 %. Strategie pro podporu kojení je shrnuta v instrukcích od WHO *Deset kroků k úspěšnému kojení*. Funkčním zapojením těchto kroků v porodnických zařízeních by se měla zvýšit četnost výlučně kojených dětí stejně jako jeho délka. (Mazúchová et al. 2022; World Health Organization a United Nations Children's Fund (UNICEF) 2018; Mydlilová 2003)

Tyto kroky vytvořila WHO/UNICEF v rámci iniciativy tzv. baby-friendly nemocnic v roce 1992. Cílem iniciativy bylo transformovat porodnická zařízení tak, aby poskytovala tento standard péče. Kromě zavedení všech deseti kroků bylo ještě nutné, aby nemocnice dodržovala i příslušné části *Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka* a příslušná ustanovení *Světového zdravotnického shromáždění* souhrnně označovaných jako Kodex. Zařízení, která usilují o akreditaci baby-friendly, jsou formálně hodnocena na základě jejich politiky, školení a plné implementace všech deseti kroků, jakožto i dodržování Kodexu. Od té doby byla prokázána účinnost baby-friendly přístupu při zvyšování míry výlučného kojení. Jsou důkazy o efektivitě jednotlivých kroků, ale ještě lepší je kombinace všech deseti kroků najednou. (World Health Organization 2009)

Deset kroků k úspěšnému kojení se dělí na dvě části. První část jsou Řídící postupy, které se uplatňují ve vyšším managementu nemocnic.

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

Druhá část se týká přímo klinických postupů.

3. Diskutovat o významu a praktickém zvládnutí kojení s těhotnými ženami, a jejich rodinami.
4. Zajistit okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky v tom, aby kojení zahájily co nejdříve po porodu.
5. Podporovat matky v zahájení a udržování kojení a ve zvládnutí běžných obtíží.
6. Nedávat kojeným novorozencům žádné jídlo nebo tekutiny jiné než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.

7. Umožnit matce a dítěti zůstat spolu; praktikovat rooming-in 24 hodin denně.
8. Podpořit matky v tom, aby u svého dítěte rozpoznaly signály ke krmení a reagovaly na ně.
9. Poskytovat matkám rady ohledně používání lahviček, šidítek a dudlíků a rizik s tím spojených.
10. Koordinovat propuštění tak, aby měl rodič s dítětem včasný přístup k průběžné podpoře a péči.

WHO/UNICEF v rámci iniciativy baby-friendly hospital označili nemocnice a porodnická zařízení jako nejdůležitější článek v podpoře kojení. I když akreditaci baby-friendly hospital dostalo v průběhu let od roku 1992 již 65 českých nemocnic, tak jen malé procento z nich bylo od té doby recertifikováno. Proto je velmi nutné dohlížet na důsledné dodržování všech deseti kroků k úspěšnému kojení, a tím pomoci zvýšit četnost výlučného kojení mateřským mlékem v České republice. (World Health Organization a United Nations Children's Fund (UNICEF) 2018; Mydlilová 2003)

## 5.1 Stav kojení v ČR

Kojené/plně kojené dítě, podle metodiky Národního registru reprodukčního zdraví v modulu novorozenec, je každé dítě, které je při propouštění či překlada z porodnice vyživováno pomocí mateřského mléka bez jakýchkoliv dokrmů umělou výživou. Nezáleží na tom, jestli jde o mléko od matky nebo z mléčné banky. Zároveň není v této definici specifikována forma podávání mateřského mléka. Na základě této definice je v roce 2021, podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky, výlučně kojeno 72,41 % dětí. Tudíž se v tomto množství dětí nachází i děti krmené sice mateřským mlékem, ale například pomocí lahvičky, a tudíž nemusí vůbec zvládat techniku kojení. Kvůli náročnosti tohoto režimu krmení dítěte, je zde vysoká pravděpodobnost předčasného ukončení kojení. Krmení mateřským mlékem a kojení přímo z prsu nejsou z pohledu benefitů pro dítě i pro matku shodné. (ÚZIS 2023; Jírová et al. 2021; Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR 2016)

O výživě dětí pojednává mezinárodně uznávaná Úmluva o právech dítěte. Jedná se o smlouvu mezi státy, ve které jsou stanovena práva dítěte. Skládá se z 54 článků a kontrolu dodržování těchto práv má na starosti Výbor pro práva dítěte OSN. Výživa dítěte je zmíněna konkrétně ve článku 24. Zde je stanoveno, že dítě má právo na dostatečně výživnou stravu. Dále, že všechny složky společnosti mají být řádně edukovány o výživě dětí a o přednostech kojení. (ÚZIS 2023; Jírová et al. 2021; Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR 2016)

## 5.2 Laktační poradenství

Kromě odbornosti v oboru kojení je potřeba u laktačních poradkyň a poradců zajistit, aby měli k matkám správný přístup. Nejdůležitější je v laktačním poradenství

oboustranná komunikace. Je potřeba matce naslouchat, akceptovat a respektovat její přání při hledání řešení situace. Zároveň je potřeba jí pomáhat a podporovat její sebedůvěru. (Dušová et al. 2019)

První zásada komunikace s matkou v laktačním poradenství je účinná neverbální komunikace. Ta se skládá z komunikace gesty či mimikou bez použití řeči. V tomto druhu komunikace je důležité udržovat oční kontakt. Mezi matkou a laktační poradkyní či poradcem by neměla být žádná bariéra, ať už fyzická nebo časová. Matka by měla mít pocit, že na ni má poradkyně dostatek času a nesnaží se ji odbýt. Druhá zásada se týká pokládání otázek. Aby se získalo od matky co nejvíce užitečných informací, je lepší pokládat otevřené otázky na které nemůže matka odpovědět jednoslovně. Otázky by měly být položeny tak, aby povzbudily matku k řeči. Třetím krokem v úspěšné komunikaci je umění naslouchat. Zopakováním toho, co matka řekla, jí lze podpořit v další komunikaci o tom, co je pro ni důležité. Čtvrtá zásada je ukázat zájem o matku pomocí krátkých slovních reakcí či gesty na to, co říká. Účinný je také úsměv nebo pokývnutí hlavy. Pátou zásadou je empatie. Projevit porozumění a pochopení pro to, co matka cítí. Šestá a poslední zásada je vyhýbat se hodnotícím slovům a frázím. Je důležité, aby se matka necítila kritizovaná. (Dušová et al. 2019)

### **5.3 Kojení v časném poporodním období**

Edukaci o iniciálním kojení by měla matka dostat již v těhotenství. Podle WHO je velmi důležitý nepřerušovaný kontakt zdravého novorozence kůže na kůži od porodu až k prvnímu přisátí. Pro první přisátí je potřeba zařídit pro matku i dítě emocionální a fyzický komfort, jakožto i intimní a klidnou atmosféru. Odborná podpora a asistence při kojení by měla být nabídnuta matce nejpozději do 6 hodin po porodu. (Mazúchová et al. 2022; World Health Organization 2009)

V případě, že kojení a kontakt s dítětem není z nějakých důvodů v tuto dobu možný, je potřeba matce nabídnout pomoc a podporu. Při situaci odloučení matky a dítěte po porodu je potřeba edukovat matku ohledně odstříkávání mateřského mléka, aby se spustila a udržela laktace. Matka by měla odstříkávat tak často, jak by bylo jinak dítě krmeno, nejméně však 8-12krát za 24 hodin. (Mazúchová et al. 2022; Litavec et al. 2020)

Jedna z dalších důležitých věcí po porodu je naučit matku, aby rozeznávala signály hladu dítěte a příslušně na ně reagovala. Mezi brzké signály hladu patří olizování, vyplazování jazyka, pomlaskávání, olizování a cucání rukou, otáčení hlavy k prsu či lahvi, zvýšené pohyby rukou kolem úst, neklid. Pláč je až poslední příznak hladu a dítě by mělo být nakrmeno dříve, než k němu dojde. V případě, že dítě pláče, mělo by být nejdříve před začátkem kojení uklidněno a utišeno a až pak přiloženo k prsu. Při pláči má dítě jazyk na patře a přisátí je tedy nesprávné a neefektivní. (Mazúchová et al. 2022)

Podle WHO je pro zajištění dostatečné produkce a toku mateřského mléka po dobu šesti měsíců výlučného kojení potřeba dítě kojit tak často, a tak dlouho, podle potřeb dítěte ve dne i v noci. Nedoporučuje se omezovat kojení frekvencí ani délkou. Při kojení se doporučuje nechat dítě jenom v plence, aby se co nejvíce podpořil kontakt kůže na kůži. Mezi matkou a kojencem by neměly být žádné překážky, například uzel na dece, peřinka, polštář nebo ruce dítěte. Zavínování nebo fixace rukou dítěte k tělu mu zabraňuje v jejich využívání k lokalizaci prsu, což je přirozené instinktivní chování. Zavínování také pomáhá dítěti více spát, což může nepřírodně snížit frekvenci kojení. Zavínování je doporučováno pouze z hlediska podpory jistoty a bezpečí dítěte. (World Health Organization 2009; Mazúchová et al. 2022)

Během prvních dnů je důležité matku poučit o tom, že kojení v tuto dobu může být krátké a časté. Pak se kojení bude postupně prodlužovat s vyšší produkcí mléka. Při kojení je vhodné přikládat dítě k oběma prsům pro stimulaci laktace a aby docházelo k rovnoměrnému vyprazdňování. Na začátku jednotlivého kojení je mateřské mléko bohatší na laktózu a ke konci na tuky. Dítě pije v průměru 8-12krát za den. Během prvních dnů života má novorozenec žaludek o velikosti pouhé třešně a jeho kapacita je přibližně 2-5 ml. Tento objem zajistí matka produkcí kolostra a jak se postupně velikost žaludku dítěte zvětšuje, produkce mateřského mléka se tomu přizpůsobuje. (Mazúchová et al. 2022)

Pro účinné kojení je potřeba, aby se spustil oxytocinový reflex. Podporuje ho kontakt kůže na kůži, stimulace bradavky matky, klidná atmosféra a masáž prsů či zad matky. U některých matek se může objevit samovolné vylučování mléka z prsu při slyšení pláče dítěte nebo při silných myšlenkách na něj. Zároveň může nastat při kojení odkapávání mléka z druhého prsu. S oxytocinovým reflexem může žena pociťovat také kontrakce dělohy při zavínování. Když matka trpí silnými bolestmi nebo je rozrušená a ve stresu, oxytocinový reflex může být utlumen a její mléko nemusí téct dobře. Proto je důležitá podpora matky a zajištění příjemných podmínek pro kojení. (Mazúchová et al. 2022; World Health Organization 2009)

Matkám se doporučuje vyhnout se suplementaci jinými potravinami a tekutinami, pokud to není lékařsky indikováno během prvních 6 měsíců kojení. Zároveň se nedoporučuje ani používání lahví a dudlíků, jelikož mohou být škodlivé pro techniku sání. Také dudlík může bránit tomu, aby matka správně vyhodnotila signály hladu dítěte. Dále je na místě matku edukovat o tom, že trvá přibližně 4-6 týdnů, než se kojení ustálí, a že je v tomto období velmi citlivé na změny. V porodnicích, poradnách a zdravotnických zařízeních by měla být péče o matku individuální, obzvláště v počátcích jejího kojení. Hlavně pokud jde o matky prvorodičky, matky, které ještě nekojily, matky předčasně narozených dětí, matky s předešlými negativními zkušenostmi s kojením, matky, které rodily císařským řezem a matky dvojčat. Ale neměla by se zanedbávat ani podpora a péče o matky, které s kojením doposud neměly

problémy. (World Health Organization 2009; Mazúchová et al. 2022; Dušová et al. 2019)

Před a při propouštění ze zdravotnického zařízení by měla být matka pečlivě edukována ohledně kojení a laktace. Konkrétně o způsobech a správné technice kojení, péče o prsy, o výhodách kojení pro dítě i matku, kontraindikacích kojení a rizicích spojenými s umělou dětskou výživou. Edukace by měla zahrnovat také možnosti poradenství a podpory kojení v šestinedělí. Profesionální laktační poradenství je nesmírně důležitou částí podpory kojení. Matka by se neměla cítit, že je na to sama. Měla by být podpořena k tomu, aby v případě výskytu problémů vyhledala pomoc co nejrychleji, aby mohla v kojení pokračovat. Pro úspěšné výlučné kojení je důležité k němu přistupovat proaktivně a matku motivovat. (Mazúchová et al. 2022; Dušová et al. 2019)

## **5.4 Technika kojení**

Správná a přesná technika kojení je jedním z nejdůležitějších předpokladů úspěšného dlouhodobého kojení. Patří do ní vhodná poloha, správné přiložení, přísátí a sání dítěte. (Mazúchová et al. 2022; Roztočil et al. 2017)

Platí obecné zásady správné techniky:

1. Pozice při kojení by měla být pohodlná jak pro matku, tak i pro dítě.
2. Přikládá se dítě k prsu, ne prs k dítěti.
3. Matka přidržuje prs tak, aby se prsty ruky nedotýkala dvorce a podpírá prs zespodu.
4. Bradavka je vždy na úrovni úst dítěte.
5. Ústa dítěte matka podráždí bradavkou a tím vyvolá jeho hledací reflex.
6. Prs musí být dítěti nabídnut tak, aby zvládlo uchopit do úst bradavku a co největší část dvorce. Více pod bradavkou než nad ní.
7. Nikdy nepřikládat k prsu dítě, když křičí. Vždy ho nejprve uklidnit.
8. Při správném přísátí dolní ret a jazyk dítěte překrývají oblast dvorce pod bradavkou.
9. Matka nesmí odtahovat prs rukou od dítěte.
10. Ucho, rameno a kyčel dítěte musí být v jedné linii.

(Roztočil et al. 2017)

### **5.4.1 Polohy při kojení**

Vhodných poloh na kojení je více a matka by je měla s dítětem vyzkoušet a na základě zkušeností si vybrat, která je pro ně nejvhodnější. Mezi faktory, které mají na volbu polohy vliv patří délka dítěte, tělesná konstituce matky, velikost a tvar prsů a preference lokace. (Mazúchová et al. 2022)

### **1. Poloha vleže na boku**

Tato poloha je vhodná pro matky po císařském řezu, matky s porodním poraněním, která jim vadí při sezení, matky s většími prsy nebo na noční kojení. Matka leží pohodlně na boku s podloženou hlavou, má podepřená záda a případně i polštář mezi koleny pro komfort. Dítě leží přitisknuté podél matky obličejem k ní. Matka mu podpírá záda rukou nebo pomocí srolované dečky či ručníku. Matka by neměla držet hlavičku dítěte, dítě potřebuje volný pohyb hlavičky. Nos dítěte se nachází v úrovni dvorce. Nedoporučuje se podepření hlavy matky vlastní rukou, jelikož to způsobuje napětí prsního svalstva.

### **2. Poloha vleže na zádech**

Poloha na zádech je vhodná pro kojení, pokud je příliš silný vypuzovací reflex, u dětí s malou bradou, pokud má dítě zkrácený m. sternocleidomastoideus. Dále při svalové hypotonii, trisomii chromozomu 21, u nedonošeného dítěte nebo u dítěte, které má ztížené dýchání. Vhodná je pro ženy s porodním poraněním a po operačním porodu. Matka leží pohodlně celou plochou na zádech, může být podepřená v polosedu. Dítě je přiloženo k matce obličejem k ní a jejich osy jsou rovnoběžné. Přední část dítěte je v co největším kontaktu s tělem matky a hlava dítěte je výš než jeho nohy.

### **3. Poloha vsedě příčná**

Pro děti s nižší porodní hmotností, nedonošené, s nízkým svalovým tonusem nebo děti, které mají problém s přisáváním je vhodná poloha příčná poloha vsedě. Matka sedí pohodlně a má vertikálně podepřená záda a nohy má položené na podložce. Klouby dolních končetin matky zaujímají pravý úhel. Dítě je leží na boku čelem k matce, je podloženo polštářem na klíně matky a ta ho podpírá předloktím na zádech. Matka nedrží hlavičku dítěte, pouze ji rukou jistí. Druhou rukou může matka podpírat prs. Dítě má jednu ruku pod prsem a druhou navrchu.

### **4. Poloha Madonny**

Tato poloha je velmi podobná poloze vsedě příčné, zde dítě nemusí ležet na polštáři, matka ho drží na předloktí. Je vhodná pro donošené fyziologické děti a na pozdější kojení, kdy je dítě větší.

### **5. Fotbalová poloha**

Fotbalová poloha se doporučuje u dětí, které mají problém s přisátím. Dále u nedonošených dětí, dětí s nízkou porodní hmotností či nižším svalovým tonusem. Bývá pohodlná pro matky s většími prsy. Je to vhodná poloha pro kojení dvojčat současně. Matka sedí pohodlně opřená, klouby dolních končetin v pravých úhlech. Ruka matky je podepřená polštářem a drží dítě na zádech. Hýždě a nohy dítěte směřují k podpaží matky. V případě, že matka kojí v této poloze jen jedno dítě, může druhou rukou podpírat prs.

(Mazúchová et al. 2022; Roztočil et al. 2017)

#### **5.4.2 Přiložení a přisátí dítěte k prsu**

Matka drží a podpírá prs tak, že prsty jsou pod ním a palec shora, všechny prsty držící prs tvoří tvar písmene „C“ nedotýkají se dvorce. Před přiložením může matka z prsu vytlačit pár kapek mléka palcem a ukazováčkem. Matka jemně podráždí dítě bradavkou na rtech, aby se spustil hledací reflex. Až dítě otevře ústa, matka ho přivine k sobě tak, aby mohlo pojmout celou bradavku a co největší část dvorce. Při správném přisátí se tváře, brada i nos dítěte dotýkají prsu a rty jsou vyšpulené směrem ven. Při správném přisátí by neměl být vidět dvorec. (Mazúchová et al. 2022)

#### **5.5 Indikátory efektivního kojení**

Pro správnou tvorbu mateřského mléka je důležité posouzení efektivity kojení. Pod to spadá posouzení schopnosti dítěte se přisát a jeho koordinace, sání, polykání a dýchání. Dále sledování vylučování moči a stolice, sledování hmotnosti dítěte a jeho chování. Sání můžeme rozdělit na dvě fáze, a to fázi nenutritivního sání a nutritivního sání. (Mazúchová et al. 2022)

##### **5.5.1 Fáze nenutritivního sání**

Tato fáze může být pozorována na začátku kojení a k jeho konci. Může trvat několik vteřin až minut. V úvodní části kojení dítě vykonává rychlé sací pohyby, aby vyvolalo oxytocinový reflex. Nenutritivní sání v konečné fázi kojení se vyznačuje tím, že dítě už tolik do široka neotvírá a nezavírá ústa. Střídají se okamžiky, kdy jenom hltá mléko, které mu nateče do pusy samo s pauzami kdy nesaje vůbec. (Mazúchová et al. 2022)

##### **5.5.2 Fáze nutritivního sání**

Počáteční rychlé sání postupně přechází na dlouhé a pomalé pití. Nutritivní fáze nastává po spuštění mléka. U dítěte je možné slyšet polykání, jeho brada se pohybuje a mléko mu může vytékat z koutků. Během kojení se mezi těmito fázemi mohou objevovat pauzy. (Mazúchová et al. 2022)

Pro správné sání jsou také důležité primární reflexy dítěte. Jsou to nepodmíněné reflexy vycházející z mozkového kmene. Jsou tudíž automatické a vyvolávají stereotypní mimovolní pohyby.

Mezi ně patří hledací reflex, který se vyvíjí od 32. týdne těhotenství. Jde o otáčení hlavy směrem k prsu a otevírání úst, zatímco dítě položí jazyk směrem dolů a dopředu, tento reflex se vybaví po taktilní stimulaci oblasti úst. Další je extrusion reflex, kdy vysouvá jazyk přes spodní ret a pohybuje jazykem v ústech. Když se stimuluje horní patro v ústech dítěte, aktivuje se sací reflex. Stimulací měkkého horního patra se aktivuje polykací reflex. Předčasně narozené děti umí uchopit bradavku prsu již od 28. týdne gestačního věku. A od 31. týdne gestačního věku umí vysát alespoň malé množství mléka. Koordinace sání, polykání a dýchání se objevuje od 32.-35. týdne



gestačního věku. Od 36. týdne gestačního věku zvládne být novorozenec plně kojen. (Mazúchová et al. 2022; World Health Organization 2009; Volemanová 2020)

### **5.5.3 Vylučování moči**

Indikátorem dostatečného příjmu mléka je vylučování moči. Novorozenci poprvé močí při porodu nebo těsně po něm, nejpozději většinou do 24 h po porodu. Od 4. dne po porodu má novorozenec přibližně 4-6 mokrých plenek za 24 hodin a moč je čirá a nažloutlá. Do 6. měsíce věku dítěte je frekvence pomočených plenek u dítěte, které prospívá, 6-8 nebo více za 24 hodin. (Mazúchová et al. 2022; World Health Organization 2009)

### **5.5.4 Vylučování stolice**

Kromě moči by se mělo pozorovat i vylučování stolice dítěte. První stolice (smolka, mekonium) by měla odejít do 48 hodin po porodu. Tehdy je stolice tmavá, může být nazelenalá. Od 3. dne po porodu se stolice mění na přechodnou, která je světlejší a nakysle zapáchající. Dále se mění stolice kolem 4. až 5. dne na typickou stolici, která je nažloutlá a má konzistenci míchaných vajíček. To je stolice, která indikuje správně kojené dítě. V případě, že u dítěte 4. den po porodu přetrvává tmavá smolka, lze předpokládat, že je s kojením nějaký problém a je potřeba ho vyřešit. Stolice nedostatečně kojeného dítěte může být tmavá, do zelena, v malém množství a s nízkou frekvencí, a zároveň u dítěte nepozorujeme nárůst hmotnosti. Stolice u dítěte kojeného umělým mlékem má řidší konzistenci. (Mazúchová et al. 2022)

### **5.5.5 Hmotnost dítěte**

Mezi indikátory efektivního kojení i správného růstu dítěte patří hmotnost dítěte. Po narození je fyziologické, že dítě ztratí část své hmotnosti, tento úbytek by však neměl přesahovat více jak 10 % porodní hmotnosti. Tento pokles hmotnosti je způsoben močením a ztrátou tekutin po porodu. Obvykle se dítě vrátí na svou porodní hmotnost vrátí do 3 týdnů. S efektivním kojením by po 3. dni po porodu nemělo docházet k žádným dalším poklesům hmotnosti dítěte a od 5. dne by mělo dítě pouze přibírat. Průměrný váhový přírůstek do 3. měsíce by měl být 150-250 g za týden. Avšak děti, které jsou kojené, nepřibírají rovnoměrně a pravidelně. Proto by se prospívání dítěte mělo hodnotit hmotností, délkou dítěte a obvodem hlavičky pomocí percentilových grafů a růstových křivek. (Mazúchová et al. 2022)

Matka by měla být poučena o všech těchto indikátorech a jejich rozeznávání, aby mohla vyhledat pomoc, kdyby se vyskytla nějaká odchylka. Kromě matky také výživu novorozence sleduje pediatr při pravidelných prohlídkách. (Litavec et al. 2020)

## 5.6 Odstříkávání a uskladnění mateřského mléka

Když matka z různých důvodů nemůže kojit dítě hned po porodu nebo nemohou pokračovat v kojení, je potřeba ji edukovat ohledně odstříkávání a uchovávání odstříkaného mateřského mléka. Mezi indikace k odstříkávání patří odloučení od dítěte, musí-li matka brzy zpět do práce. V případě, že je u matky nedostatečná tvorba mléka je vhodné odstříkávání pro zvýšení produkce. Naopak u příliš nalitých prsů může být odstříkání také správnou volbou, aby se v nich zmírnilo. Dalšími důvody mohou být užití léku, který je kontraindikován s kojením a nelze použít žádnou jinou alternativu. V případě, že matka prodělá diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestezii. Nebo jestliže se rozhodne své odstříkané mléko darovat do mléčné banky. (Mazúchová et al. 2022)

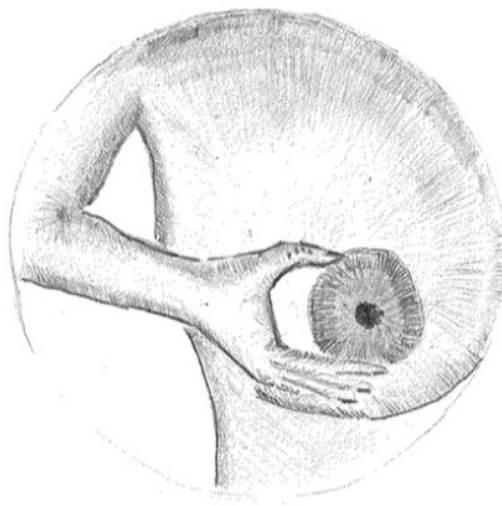
Odstříkávání může matka realizovat třemi způsoby, ručně, pomocí odsávačky a kombinací obojího. Matka si zvolí způsob podle zdravotního stavu matky i dítěte, důvodu pro odstříkávání i na osobní preferenci a finančních zdrojích. Ruční odstříkávání se nejvíce hodí při získávání kolostra při prvních 24 hodinách po porodu. Edukace ohledně ručního odstříkávání by měla začít již v průběhu těhotenství. Když se matka rozhodne pro odsávačku, měla by být též poučena o jejím využívání a fungování. Odsávaček je několik variant, buďto manuální (pákové, balónkové, pístové), nebo elektrické, které mají jednofázové či dvoufázové odsávání. Zda si matka odsávačku koupí nebo půjčí a kterou variantu si vybere by se měla matka rozhodnout na základě vícero faktorů. Mezi tyto faktory patří cena odsávačky, frekvence používání, zda je opravdu potřeba, jestli bude odstříkávat pouze z jednoho prsu nebo z obou najednou a velikost prsou matky a jaké jsou dostupné velikosti nástavců. (Mazúchová et al. 2022)

Před odstříkáním by si měla matka umýt pečlivě ruce mýdlem a vodou. Prs není nutné omývat, pokud není nějak výrazně znečištěný. Dále by si měla připravit nádobu či nádoby na uchování mléka, buď ze skla, nebo z tvrdého plastu. V případě, že je dítě donošené, stačí nádoby umýt. Nedonošeným dětem by se měly nádoby sterilizovat. Je dobré před odstříkáním prs zahřát, aby se mléko dobře uvolňovalo, například ve sprše nebo umyvadle či pomocí nahřátého obkladu. Pak je potřeba masáží povzbudit vypuzovací reflex. Masíruje se dlaní od kraje směrem k bradavce. Nejlepší čas na odstříkání je hned po probuzení, těsně po kojení, po kontaktu s dítětem nebo při kojení z jednoho prsu odstříkávat zároveň z druhého. Atmosféra při odstříkávání by měla být pro matku příjemná, intimní a klidná, aby se minimalizovaly stresové faktory, které mají negativní vliv na laktaci. Frekvence odstříkávání by v prvních 7-10 dnech po porodu měla být 8-12krát za 24 hodin. Délka odstříkání se liší podle metody, ruční by mělo trvat přibližně 20-30 minut a odsávačkou 10-12 minut. (Dušová et al. 2019; Mazúchová et al. 2022)

### 5.6.1 Odstříkávání mateřského mléka rukou

Po přípravě pomůcek a prsu položí matka špičku palce nad prsní dvorec a špičku ukazováku pod dvorec, ruka by tak měla mít tvar písmene „C“ (viz obrázek 3).

*Obrázek 3 Správné držení prsu při odstříkávání mléka (Tereza Mačková) převzato z Mazúchová et al. 2022*



Zbylými prsty matka přitiskne celý prs k hrudníku naplocho a rytmicky stlačuje palcem a ukazovákem bradavku, dokud nezačne odkapávat mléko. Takle rytmicky opakuje pohyby stlačování prsu a bradavky a odstříkané mléko chytá do širokohrdlé nádoby. Matka by neměla bradavku vytahovat směrem dopředu, tím by se mohla bradavka odřít a poškodit. V případě, že má matka prs velký, je lepší ho podložit dlaní druhé ruky. Odstříkávání by nemělo být delší než 20-30 minut a během toho by se měly vystřídat oba prsy. Po odstříkávání by se mělo nechat samovolně zaschnout pár kapek mléka na bradavce a dvorci. (Dušová et al. 2019; World Health Organization 2009)

### 5.6.2 Odstříkávání mateřského mléka odsávačkou

Jednofázové odsávačky mají konstantní podtlak a nenapodobují sání dítěte, slouží čistě pro vyprázdnění prsu. Dvoufázové odsávačky lépe simulují sání dítěte, mění rytmus a podtlak sání. Ty jsou šetrnější k prsům, a proto jsou vhodnější na dlouhodobější používání nebo při problémech s kojením. Elektrické odsávačky mohou mít variantu s napájením z baterie a být tak vhodné i na cesty. Existují elektrické odsávačky, které umožňují odsávání z obou prsů najednou. Nástavce se přiloží na prsní dvorec a odsávačka se zapne nebo v případě mechanické matka začne pumpovat. Po odsátí se všechny části odsávačky musí řádně umýt a vyčistit. (Dušová et al. 2019)

### 5.6.3 Uchovávání odstříkaného mateřského mléka

Mateřské mléko by mělo být uskladňováno v uzavíratelných čistých nádobách. V chladničce při teplotách  $\leq 4\text{ }^{\circ}\text{C}$  by mělo být čerstvé mléko maximálně 72 hodin. V mrazničce při teplotě  $-18\text{ }^{\circ}\text{C}$  až  $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$  může být mateřské mléko skladováno 6-12

měsíců. Rozmrazování mléka je třeba dělat postupně a pomalu, nejlepší způsob je v chladničce nad 4 °C 24 hodin nebo 2-3 hodiny při pokojové teplotě. Dá se také použít vlažná voda, ale pouze do teploty 37 °C. Rozmražené mléko je možné uchovávat v chladničce a musí se spotřebovat do 24 hodin a nikdy se nesmí znovu zamrazovat. Proto se doporučuje skladovat mléko v menších objemech, aby se zapříčinilo zbytečnému vyhazování. (Mazúchová et al. 2022; World Health Organization 2007)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 Úvod

Jak jsem již zmiňovala v teoretické části práce, i když byla v roce 2021 podle Ústavu zdravotnických informací a statistik statistika plně kojených dětí v České republice 72,41 %, realita kojení může být jinde. Na základě metodiky Národního registru reprodukčního zdraví v modulu novorozenec se pod plně kojené dítě počítá například i dítě, které je krmeno mateřským mlékem pomocí lahve či stříkačky. Na pomoc laktačních poradkyň z firmy Kojení Praha s. r. o. se obracejí matky, které nezvládají kojení a musí používat k výživě dítěte umělé mléko. I matky, které krmily své dítě pouze pomocí mateřského mléka, ale jinou cestou než kojením z prsu, vyhledaly pomoc u firmy Kojení Praha s. r. o. a chtěly tento postup krmení změnit na výlučné kojení z prsu. Pomoc zde vyhledaly i matky, které kojí plně, ale nejsou si jisté například technikou či polohou při kojení.

Důvod k výběru výzkumného souboru právě v této firmě byl, že se specializuje na laktační poradenství v období po příchodu z porodnice domů. V tomto období se nejčastěji matky potýkají s problémy s kojením a pokud nejsou řešeny, tak mohou vést k předčasnému ukončení kojení.

### 6.1 Metoda sběru dat

K získání informací pro tuto práci jsem se obrátila na firmu Kojení Praha s. r. o., která se specializuje na laktační poradenství. Data jsem zpracovávala ze záznamů konzultací, které mají v databázi. Případy jsem vybírala náhodně a data anonymně zpracovávala do kategorií. Vybrané konzultace se uskutečňovaly v průběhu roku 2023 a 2024.

Data k popisu výzkumného souboru a data, která se týkala problémů s kojením podle matky, jsem čerpala z anonymních záznamů, které byly vytvořeny recepcí při objednávání konzultace matkou. Další data, ohledně problému s kojením, intervence a výsledný stav kojení jsem čerpala z podrobných anonymizovaných zápisů konzultací od laktačních poradkyň. Zároveň jsem ze stejného systému čerpala data ohledně termínů a počtů konzultací.

### 6.2 Téma výzkumu

Jako výzkumné téma této práce jsem zvolila úspěšnost kojení v souvislosti s laktačním poradenstvím ve firmě Kojení Praha s. r. o.

### 6.3 Definice kategorií v popisu výzkumného souboru

Porody jsem rozdělila na vaginální porod a porod provedený císařským řezem. Vaginální porody jsem dále rozdělila na spontánní a vyvolávané. Porody císařským

řezem jsem rozdělila na plánované a akutní. U některých případů nebyl typ porodu specifikován. Další informací bylo, zda se vyskytly komplikace. V případě, že komplikace byly, tak mezi hlášenými komplikacemi byla novorozenecká žloutenka, která nebyla ani v jednom případě závažnou komplikací. Dále zde byla informace o porodu koncem pánevním a operačním porodu pomocí kleští (forceps). Všechny matky ve výzkumu byly prvorodičky. Poslední informací o porodu byl týden těhotenství (t.t.). Rozdělila jsem případy podle literatury (Hájek et al. 2014) na termínové porody (mezi 37+1 a 41+6 t.t.), předčasné porody (dříve než 37+0 t.t.) a potermínové porody, kdy matka dítě přenášela (po 42+0 t.t.). I když se v praxi považuje za potermínové těhotenství 40+1 t.t.

Informace o dítěti se týkají jeho pohlaví, zda je dítě chlapec, či děvče. Dále jsem definovala věk dítěte v čase první konzultace. Jedná se o uplynulé dny od porodu k termínu první konzultace.

#### **6.4 Popis výzkumného souboru**

Do výzkumného souboru bylo zařazeno celkem 34 případů. Ke každému případu byly k dispozici informace o dítěti a porodu.

Součástí souboru byly děti porozené spontánním či vyvolávaným vaginálním porodem. Spontánní vaginální porod byl ve výzkumném souboru nejčastěji zastoupen. Další část dětí byla porozena pomocí císařského řezu, nejčastěji akutním, některé i plánovaným. U některých případů nebyl důvod k císařskému řezu nebo celkové vedení porodu specifikováno. Všechny matky, které byly ve výzkumném souboru byly prvorodičky.

Komplikace u porodu se vyskytovaly ve formě žloutenky v 5 případech, přičemž šlo jak o vaginální spontánní porody, tak o porody císařským řezem. Další typy komplikací se vyskytly pouze ojedinele, a to porod koncem pánevním a operační porod kleštěmi.

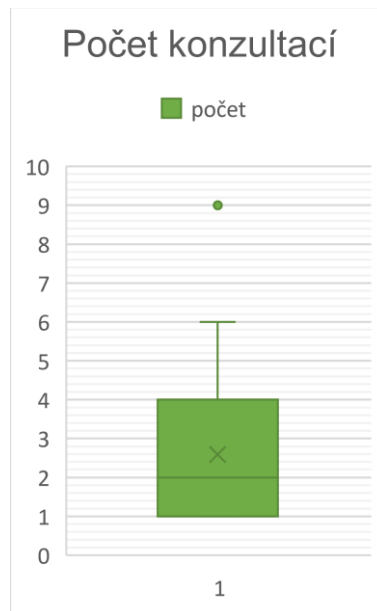
Téměř u poloviny případů nebyl specifikovaný termín porodu, ve zbývajících případech se jednalo o termínový porod, kromě jednoho, který byl lehce předčasný.

V 18 případech bylo pohlaví dítěte děvče a v 16 případech se jednalo o chlapce.

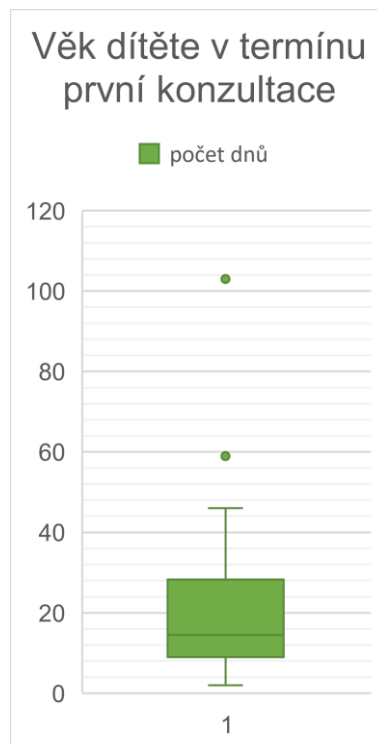
Co se týče věku dítěte v termínu první konzultace, tak se ve výzkumném souboru vyskytovaly hodnoty od 2 do 103 dnů po porodu. Nejčastější věk dítěte je mezi 9 a 26 dny a průměrný věk je přibližně 21,79 dnů. Několik případů mělo u dítěte vyšší věk, a to konkrétně v hodnotách 60, 59 a 103 dnů. Ve srovnání se zbytkem dat jsou toho extrémní hodnoty. Kvůli vysokému rozptylu a přítomnosti extrémních hodnot je medián vhodnější na popsání typického dítěte, které se vyskytuje na konzultacích, což je 13 dnů.

Další určující informací byl celkový počet konzultací. Tyto hodnoty se pohybovaly v rozmezí od 1 do 9. Nejčastěji se vyskytovaly případy, kde proběhla pouze jedna konzultace, a to 16krát. Průměrný počet provedených konzultací byl 2,65 a extrémní hodnotou zde byl počet 9 konzultací.

*Graf 1 Počet proběhlých konzultací*



*Graf 2 Věk dítěte v termínu první konzultace od porodu*



## 7 Kvalitativní část

Do kvalitativní části výzkumu jsem zařadila hlavně kategorie dat, které se týkají problémů s kojením podle matky, problémů s kojením podle laktační poradkyně, provedené intervence laktační poradkyně na konzultacích a počáteční a výsledný stav kojení. Tato data jsem využila k průzkumu toho, jaké problémy s kojením se v jednotlivých případech vyskytují a jak je laktační poradkyně řešily.

### 7.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

#### Cíle výzkumu

1. Zjistit jaké jsou hlavní rozdíly mezi problémy s kojením uváděné matkami a problémy s kojením diagnostikované laktačními poradkyněmi z firmy Kojení Praha s. r. o. na konzultacích.
2. Zjistit jaké intervence jsou nejúčinnější při řešení problémů s kojením.

#### Výzkumné otázky

1. Jaké jsou hlavní rozdíly mezi problémy s kojením uváděné matkami a problémy s kojením diagnostikované laktačními poradkyněmi z firmy Kojení Praha s. r. o. na konzultacích?
2. Jaké intervence jsou nejúčinnější při řešení problémů s kojením?

### 7.2 Metodika zpracování dat

Anonymní zápisy z konzultací od laktačních poradkyň jsem procházela a zpracovávala data do kategorií, aby se vzhledem k velikosti datového souboru lépe hodnotila. Následně jsem ve zpracovaných datech hledala souvislosti, které se týkají mého výzkumného tématu.

#### 7.2.1 Definice kategorií

Problémy s kojením z pohledu matky jsou informace, které matky poskytly před konzultací jako důvod proč poradenství vyhledaly. Problémy podle matek jsem rozdělila do vícero kategorií.

První část kategorií se týká chování dítěte. Zde jsem definovala několik kategorií – dítě se u kojení odpojuje, vzteká se a pláče, ublinkává, usíná při kojení. Nemá zájem o prs, nepřibírá, málo saje, je spavé a nebudí se samo ke krmení.

Další hlášené problémy se týkají procesu kojení. Zde mám kategorie, matkám se nedaří přisát dítě k prsu, nejsou si jisté polohou nebo technikou kojení. Daří se jim kojit jenom z jednoho prsu, nejde jim odsávání. Neví jak často a jak dlouho dítě kojit – režim kojení nebo potřebují ke kojení kojící kloboučky. Důvod, proč jsem kojící kloboučky zařadila do problémů je, že tvoří umělou bariéru mezi dítětem a matkou při kojení.

Poslední část kategorií hlášených problémů se týká prsů matky. Patří sem bolest bradavek a prsů, málo mléka, hodně mléka, retence mléka, ragády na bradavkách,



záněty prsů a ploché bradavky. Dále zde mám kategorii ohledně chování matky, kam jsem zařadila strach matky ze závislosti dítěte na prsu.

Problémy s kojením z pohledu laktační poradkyně byly problémy, které laktační poradkyně zjistila na konzultaci. Některé kategorie jsou stejné jako u problémů z pohledu matky.

Základní problémy se týkaly techniky a polohy při kojení a také režimu kojení. Do kategorie režim jsem zařadila ty případy, kdy matky omezovaly délku a frekvenci kojení a kojení nebylo nastaveno podle potřeb hladu dítěte.

Ohledně problémů ze strany dítěte zde mám kategorie bolest břicha u kojení a mezi kojení. Klenuté patro či krátká podjazyková uzdička v ústech dítěte, které komplikovaly sání. A bojkot kojení – dítě odmítá prs a zmatení jazyka. Zmatení jazyka znamená, že má dítě nesprávnou techniku sání a při kojení pohybuje jazykem neefektivně. Tento stav může nastat při používání šidítek či krmící lahve s dudlíkem.

Další problémy se týkají matky, kdy nezná základy jako techniku kojení a polohy při kojení. Režim kojení – jak dlouho a často kojit a jaké jsou signály hladu, které dítě vysílá.

Následuje kategorie ohledně prsů matky, kde se vyskytují problémy jako ploché bradavky, bolest bradavek, ragády a snížená laktace. Kojení pouze s kloboučky, retence mléka – kdy se prs nevyprazdňuje dostatečně a vznikají zatvrdliny. Záněty prsů, nalití prsů či galaktokéla – cysta, která se vytvoří ucpaním mléčného vývodu.

Ze zápisů konzultací jsem také zpracovala intervence, které laktační poradkyně na konzultacích s matkou a dítětem prováděla. Součástí každé konzultace byly základní intervence, a to edukace a praktický nácvik techniky kojení a poloh při kojení. Zároveň byla každá matka na konzultacích informována ohledně základů fyziologie laktace, péče o prsy a dítě a výživy matky při kojení.

Další intervence, které jsem zpracovala ze záznamů, jsou již ty, které se individuálně týkaly konkrétních problémů. Zde mám část intervencí o důsledné edukaci matky o signálech hladu dítěte a nerovnoměrném růstu dítěte – růstovém spurtu. O důležitosti kontaktu matky s dítětem kůže na kůži. A o podpoře laktace a odsávání (z důvodu podpory laktace a změkčení dvorce, aby byl lépe uchopitelný) nebo na zlepšení zatvrdlin prsů. Dále o managementu zánětů prsů, retenci mléka, bolesti břicha dítěte a ukončení kojení.

Intervence mimo edukaci jsou vyšetření prsou, ošetření odřených bradavek pomocí hydrogelu a povzbuzování dítěte – probouzení dítěte, které často u kojení usíná. Dále u některých maminek následovalo doporučení a potažmo prodej pomůcek jako jsou formovače bradavek – pomůcka na ploché či vpáčené bradavky, která je napravená. Nebo lahev Calma od firmy Medela, kterou laktační poradkyně využívají při dokrmování dítěte umělým nebo mateřským mlékem nebo pro nápravu techniky sání dítěte. Krmení z této lahve pomáhá dítěti se naučit správně pohybovat a tvarovat jazyk.

Zároveň je od laktačních poradkyň poskytována psychická podpora a uklidnění matkám.

Stav kojení před konzultací je stav popsán matkou při objednávání konzultace. Výsledný stav kojení je stav kojení při ukončení spolupráce matky a laktační poradkyně. Zde mám kategorii plného kojení, kam jsem zařadila všechny matky, které vyživují své děti pouze pomocí mateřského mléka kojením z prsu. Na rozdíl od metodiky Národního registru reprodukčního zdraví v modulu novorozenců, jsem zvolila přísnější kritéria a vyloučila z této kategorie případy, kdy matka krmila dítě mateřským mlékem jinak než přímo z prsu. Další kategorie je částečné kojení, kde matky své děti kojí mateřským mlékem a zároveň ho dokrmují umělým mlékem. Sem jsem zařadila i matky, které ke kojení z prsu dokrmují dítě mateřským mlékem jinak než z prsu. Následující kategorií je ukončené kojení, při kterém je dítě krmeno pouze umělým mlékem.

### **7.3 Výsledky výzkumu**

Nejčastější problémy uváděné matkami byly, že se dítě u kojení odpojuje, že se matkám nedaří přisátí dítěte k prsu, že pociťují bolest bradavek a že dítě málo saje. Mezi nejčastější problémy diagnostikované laktační poradkyní patřila technika a poloha při kojení a režim kojení. Nejčastější intervencí na konzultacích byl praktický nácvik kojení, podpora laktace a používání technik na nápravu při zmatení jazyka dítěte. Dále jsou popsány souvislosti, které vyplynuly ze sesbíraných dat.

#### **7.3.1 Rozdíly v identifikaci problémů matkou a laktační poradkyní**

##### **Technika a poloha**

Tyto problémy identifikovala laktační poradkyně nejčastěji, a to ve 33 případech ze 34. Avšak matky je identifikovaly méně často, pouze v 9 případech. Tudíž to napovídá skutečnosti, že mnoho matek není schopno samy identifikovat problémy s technikou a polohou při kojení, a tak potřebují odbornou pomoc k jejich rozpoznání.

##### **Režim**

Problémy s režimem kojení byly laktační poradkyní diagnostikovány ve 20 případech, ale pouze 1 matka jej uvedla jako problém. To může naznačovat, že matky nevidí režim kojení jako důležitý faktor, i když může mít na průběh a úspěšnost kojení významný vliv.

#### **7.3.2 Intervence a jejich účinnost**

##### **Účinnost základních intervencí**

Ve všech případech dostaly matky základní intervence čili edukaci a praktický nácvik techniky kojení a poloh při kojení. Objevily se případy, kdy byly provedeny pouze základní intervence, a to samotné stačilo ke zlepšení stavu kojení.

### **Praktický nácvik**

Praktický nácvik techniky a polohy při kojení se prováděl u všech 34 případů. Vzhledem k vysoké četnosti problémů s technikou a polohou je tato intervence velmi důležitá pro zlepšení kojení.

### **Vliv edukace**

Všechny matky ve výzkumném souboru absolvovaly základní edukaci v technice a poloze při kojení a v režimu kojení. Bylo zjištěno, že právě o těchto tématech nejsou matky dostatečně edukovány před prvním setkáním s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. Tato edukace může významně pomoci k řešení problémů, které nebyly matkami dříve identifikovány.

### **7.3.3 Další zajímavé souvislosti**

#### **Málo mléka**

Problém s malým množstvím mléka uvedlo 6 matek a byl diagnostikován laktační poradkyní v 6 případech jako problém s laktací. To značí shodu mezi problémy uváděnými matkou a laktační poradkyní.

#### **Podpora laktace**

Intervence pro podporu laktace byla provedena u 12 případů, i přestože byly problémy s laktací diagnostikovány pouze u 6 případů. Toto zjištění poukazuje na to, že podpora laktace se prováděla i preventivně či na posílení důvěry matek v jejich schopnosti kojit.

## 8 Kvantitativní část

V kvalitativní části se ukázalo, že všechny matky na konzultacích absolvují tzv. základní intervence, které se skládají z edukace a praktického nácviku techniky a polohy při kojení. A tam, kde je to potřeba, se přidávají specifické intervence podle individuální potřeby. Zajímalo mě, jestli je tento postup účinný, proto jsem se rozhodla zařadit i kvantitativní část.

V této části jsem analyzovala data ohledně stavu kojení před konzultací a po ukončení spolupráce matky s laktační poradkyní. Hlavním zaměřením byla případná změna stavu kojení.

### 8.1 Cíl výzkumu a výzkumné hypotézy

#### Cíl výzkumu

1. Zjistit, zda konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. prokazují pozitivní vliv na úspěšnost kojení.

#### Výzkumné hypotézy

H1: Konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. zvyšuje hodnotu v kategorii „stav kojení“.

H0: Konzultace s laktační poradkyní nemá vliv na zvýšení hodnoty v kategorii „stav kojení“.

### 8.2 Metodika zpracování dat

Ve firmě Kojení Praha s. r. o. jsou přísnější požadavky na kategorizaci částečného a plného kojení než podle Národního registru reprodukčního zdraví v modulu novorozeneček. Jelikož mám data z této firmy, tak jsem pro svou práci též použila metodiku Kojení Praha s. r. o.

#### Kategorie 0

V kategorii s hodnotou 0 byly všechny případy kdy dítě bylo krmeno pouze umělým mlékem nebo mateřským mlékem jinou metodou než kojením z prsu.

#### Kategorie 1

Do kategorie s hodnotou 1 jsem zařadila všechny případy kdy bylo dítě částečně kojeno z prsu a k tomu dokrmováno umělým či mateřským mlékem jinou metodou než kojením z prsu. Zároveň do této kategorie spadá skupina případů, kdy dítě bylo krmeno pouze mateřským mlékem z prsu, ale v nedostatečném množství, tudíž neprospívalo.

#### Kategorie 2

Do kategorie s hodnotou 2 jsem zařadila tedy pouze případy, kdy bylo dítě kojeno mateřským mlékem z prsu a k tomu prospívalo.

Tuto kategorizaci dat jsem použila pro stav kojení před konzultacemi i pro stav kojení po skončení spolupráce matky a laktační poradkyně – výsledný stav kojení.

Spolupráce v tomto laktačním poradenství začíná již před konzultací, na stránkách se matka kvalifikovaně rozhoduje, kterou formu spolupráce chce. Může si podle svého uvážení vybrat jednorázovou konzultaci nebo „Pořádný rozjezd“ tedy 14denní spolupráci s laktační poradkyní, která je složená minimálně ze 4 osobních setkání a konstantní podpory po telefonu či SMS.

### **8.3 Metodika analýzy dat**

Porovnáváním hodnot stavu kojení před konzultací a po ukončení spolupráce matky a laktační poradkyně jsem za zlepšení stavu kojení považovala situace, kdy se stav kojení změnil z hodnoty 0 (nekojí) na hodnotu 1 (částečně kojí) či hodnotu 2 (plně kojí). Nebo z hodnoty 1 (částečně kojí) na hodnotu 2 (plně kojí).

Proměnná „stav kojení“ je ordinální (pořadová) proměnná, protože její hodnoty představují kategorie s přirozeným pořadím. Zvolila jsem tedy k analýze Wilcoxonův párový test. Tento test je vhodný pro porovnávání měření před a po u jednoho výběrového souboru, kdy data nejsou normálně rozložena a jsou ordinální. Testuje, zda jsou mediány dvou párových měření rozdílné.

### **8.4 Výsledky výzkumu**

#### **Výsledky Wilcoxonova párového testu**

$W=0,0$

$p=0,000162$

Vzhledem k tomu, že p-hodnota je mnohem menší, než hladina významnosti (0,05), zamítám nulovou hypotézu a přijímám alternativní. Konzultace s laktační poradkyní tedy statisticky významně zvyšují kategorii schopnosti kojít a mají tedy pozitivní vliv na úspěšnost kojení.

## 9 Vyhodnocení výsledů výzkumu a diskuze

### 9.1 Vyhodnocení výsledků výzkumu

V praktické části této práce jsem se zaměřila na analýzu dat ze 34 případů laktačního poradenství u matek po příchodu z porodnice. Výzkumné téma této práce je úspěšnost kojení v souvislosti s laktačním poradenstvím ve firmě Kojení Praha s. r. o.

V kvalitativní části bylo jedním z cílů zjistit jaké jsou hlavní rozdíly mezi problémy s kojením uváděné matkami a problémy s kojením diagnostikované laktačními poradkyněmi z firmy Kojení Praha s. r. o. na konzultacích. Dalším cílem bylo zjistit, jaké intervence jsou neúčinnější při řešení problémů s kojením. V kvantitativní části bylo cílem zjistit, zda konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. prokazují pozitivní vliv na úspěšnost kojení.

K výzkumným cílům jsem stanovila v kvalitativní části výzkumné otázky. První otázka se ptá, jaké jsou hlavní rozdíly mezi problémy s kojením uváděné matkami a problémy s kojením diagnostikované laktačními poradkyněmi z firmy Kojení Praha s. r. o. na konzultacích. Z analýzy dat vyplývá, že odpověď na první výzkumnou otázku je, že matky nejsou ve většině případů schopny samostatně identifikovat problém s technikou a polohou při kojení. Namísto toho tento problém identifikovaly nejčastěji jako problém s dítětem – odpojuje se při kojení. Dalším rozdílem v identifikaci problémů s kojením matek a laktačních poradkyň bylo, že matky často neidentifikovaly nesprávný režim kojení jako problém. Podle literatury (Mazúchová et al. 2022; Roztočil et al. 2017; World Health Organization 2007) je nejlepším kojícím režimem kojit podle potřeb dítěte. Což znamená kojit tak často, jak dítě pomocí signálů hladu řekne, a tak dlouho, dokud se nenasytí.

Druhá výzkumná otázka se ptá, jaké intervence jsou neúčinnější při řešení problémů s kojením. Odpovědí na druhou výzkumnou otázku je, že největší vliv na zlepšení stavu kojení mají základní intervence – edukace a praktický nácvik techniky a polohy při kojení. Tyto základní intervence byly provedeny u všech 34 případů a v jistých případech pomohly samostatně se zlepšením stavu kojení. Zároveň bylo vyzorováno, že tyto základní intervence pomáhají v řešení dalších problémů, které byly způsobeny nepřesnou technikou a polohou při kojení – například bolest bradavek, záněty prsů či nutnost používat při kojení kloboučky. Tudíž byla edukace a praktický nácvik techniky a polohy při kojení neúčinnější intervencí při řešení problémů s kojením.

V kvantitativní části jsem definovala k výzkumným cílům nulovou a alternativní hypotézu. Nulová hypotéza zní, že konzultace s laktační poradkyní nemá vliv na zvýšení hodnoty v kategorii „stav kojení“. Alternativní hypotéza zní, že konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. zvyšuje hodnotu v kategorii „stav kojení“. Nulovou hypotézu na základě výsledků Wilcoxonova párového testu zamítám

a přijímám hypotézu alternativní. Z vyhodnocení hypotéz vyplývá, že konzultace s laktační poradkyní mají statisticky významně příznivý vliv na zvýšení hodnoty kategorie schopnosti kojit, a tím i pozitivní vliv na úspěšnost kojení.

## 9.2 Diskuze

Pomocí tohoto výzkumu jsem chtěla zmapovat práci laktační poradkyně a najít zajímavé souvislosti, které by mohly pomoci v prevenci problémů s kojením.

Do výzkumného souboru jsem zařadila takové množství případů, aby bylo možné informačně nasytit výzkum. Mohlo dojít ke zkreslení dat výzkumníkem tím, že jsem data zpracovávala sama a neprováděla triangulaci. V případě, že by cílem výzkumu bylo přesně a důkladně zmapovat a nejenom prvotně odhalit procesy v laktačním poradenství, považovala bych triangulaci za nezbytnou. Z pohledu kvantitativní analýzy je počet zkoumaných případů na dolní hranici dostatečného vzorku.

Data pro tento výzkum jsem čerpala pouze z jednoho zdroje (jedna firma na laktační poradenství), a tím pádem výsledky neodráží obecný stav situace ve společnosti. Ale díky jedinému zdroji byla data pro analýzu jednotná a lépe se zpracovávala. V tomto výzkumu jsem nesbírala data ručně, ale ze záznamů od laktačních poradkyň. Kvůli tomuto faktoru mohla být některá data subjektivně zkreslená laktační poradkyní, ale nemyslím si, že by tato skutečnost týkala hodnocení stavu kojení. Jelikož se v Kojení Praha s. r. o. důsledně dbá na metodiku práce s matkami a výsledky si ověřují písemnou a telefonickou zpětnou vazbou od matky. Když by tato data byla sbírána osobně, bylo by možné se zaměřit podrobněji i na další témata, například detailnější formy psychické podpory matky při kojení. Z datového souboru jsem využívala jen část dat, která se týkala mého výzkumného tématu. Ale vzhledem k bohatosti datového souboru by tato data mohla být využita i k dalším výzkumným tématům, například míra úspěšnosti jednotlivých intervencí laktačních poradkyň.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na relevantní témata, která se týkají zkoumaného problému, ale chtěla jsem zmínit i rozsah informací, které by měly být matkám ohledně kojení předávány. Proto je teoretická část mé práce většího rozsahu než praktická.

V této práci se povedlo nahlédnout do postupů laktačních poradkyň a zpracovaná data z tohoto výzkumu budou dále využita pro interní účely firmy Kojení Praha s. r. o.

## 9.3 Doporučení

V návaznosti na odpověď na druhou výzkumnou otázku si myslím, že je vhodné zmínit, že když má edukace tak pozitivní vliv na řešení problémů s kojením, měla by se

společnost zaměřit na zvýšení propagace těchto témat. Matky si často neuvědomují, jak moc jsou témata o přesné technice a poloze při kojení, jakožto i o režimu kojení podle dítěte, důležitá.

Vyskytovaly se případy, kdy byla matka edukována v porodnici personálem ohledně techniky, polohy i režimu kojení, ale byly jí sděleny informace, které se neshodují s doporučením od Světové zdravotnické organizace. Jelikož se jednalo o ojedinělé případy, nemyslím si, že by se jednalo o chybu celého systému, ale spíše o selhání jednotlivce. Tudíž mi připadá také velmi důležitým krokem ke zlepšení kvality kojení v České republice důsledná edukace personálu v porodnicích. Také se objevily případy, kdy matce byly sděleny informace o technice, poloze a režimu kojení například od příbuzných či kamarádek. Jednalo se většinou o tzv. „babské rady“, které se ovšem zřídka opírají o důvěryhodné studie, a tudíž mohou mít individuálně až negativní účinek na stav kojení. Takže si myslím, že další oblast edukace matek by se měla zaměřit i na vybírání správných zdrojů, ze kterých může čerpat informace ohledně kojení a dětské výživy – například Světová zdravotnická organizace.



## 10 Závěr

Tato práce se zabývala metodikou laktačního poradenství a jejím vlivem na úspěšnost kojení. V teoretické části byla popsána témata, která se týkají laktace, kojení, problémů s kojením, managementu kojení v České republice a laktačního poradenství.

Výzkumné téma této práce byla úspěšnost kojení v souvislosti s laktačním poradenstvím ve firmě Kojení Praha s. r. o. Praktická část práce byla rozdělena na kvalitativní a kvantitativní část. V kvalitativní části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou hlavní rozdíly mezi problémy s kojením uváděné matkami a problémy s kojením diagnostikované laktačními poradkyněmi z firmy Kojení Praha s. r. o. na konzultacích. Druhým cílem této části bylo zjistit, jaké intervence jsou neúčinnější při řešení problémů s kojením.

Po analýze dat z konzultací bylo zjištěno, že matky nepříliš často správně identifikují nepřesnou techniku a polohu při kojení jako problém. Většinou tento problém s kojením popisují jako chování dítěte – dítě se při kojení odpojuje od prsu. Podobný závěr vyšel i u problému s režimem kojení, kdy matky nepovažovaly omezování doby a frekvence kojení na rozdíl od laktačních poradkyň za problém. Dále vyšel závěr, že největší vliv na zlepšení stavu kojení mají základní intervence, tedy edukace a praktický nácvik techniky a polohy při kojení.

V kvantitativní části bylo cílem zjistit, zda konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. prokazují pozitivní vliv na úspěšnost kojení. Byl hodnocený stav kojení před začátkem spolupráce a po ukončení spolupráce matky a laktační poradkyně. A z výsledků vyšlo, že konzultace s laktační poradkyní z firmy Kojení Praha s. r. o. statisticky významně zlepšují stav kojení.

Myslím si, že výsledky této práce mohou být užitečné pro laktační poradkyně a zdravotnický personál porodnic, který pracuje s ženami v těhotenství a v šestinedělí. Může pomoci se zaměřením edukace žen ohledně kojení, aby bylo možné lépe předejít zbytečným komplikacím s kojením. Také může tuto práci využít laická veřejnost k získání povědomí o tomto tématu.

## Použitá literatura

ANATOLITOU, Fani, 2012. Human milk benefits and breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* [online]. **1**(1), 11–18. ISSN 22810692. Dostupné z: doi:10.7363/010113

CAMPBELL, Suzanne Hetzel, Judith LAUWERS, Rebecca MANNEL a Becky SPENCER, ed., 2019. *Core curriculum for interdisciplinary lactation care*. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-284-11116-3.

ČIHÁK, Radomír, 2016. *Anatomie 3*. ISBN 978-80-247-5636-3.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

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

HASSIOTOU, Foteini a Peter E. HARTMANN, 2014. At the Dawn of a New Discovery: The Potential of Breast Milk Stem Cells. *Advances in Nutrition* [online]. **5**(6), 770–778. ISSN 21618313. Dostupné z: doi:10.3945/an.114.006924

CHOWDHURY, Ranadip, Bireswar SINHA, Mari Jeeva SANKAR, Sunita TANEJA, Nita BHANDARI, Nigel ROLLINS, Rajiv BAHAL a Jose MARTINES, 2015. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* [online]. **104**(S467), 96–113. ISSN 0803-5253, 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1111/apa.13102

JÍROVÁ, Jitka, Radka POHLOVÁ a Daniel KLIMEŠ, 2021. *Národní registr reprodukčního zdraví – modul novorozenců: Kompletní metodika sběru dat*. [online]. 2021. B.m.: Národní registr reprodukčního zdraví. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/registry/nrrz/nrrz-nar-metodika-034-20211031.pdf>

LAWRENCE, Ruth A., Robert M. LAWRENCE, Lawrence NOBLE, Casey ROSEN-CAROLE a Alison M. STUEBE, ed., 2022. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. Ninth edition. Philadelphia, PA: Elsevier. ISBN 978-0-323-68013-4.

LITAVEC, Marcel, Darina CHOVANCOVÁ a Hana RAJKOVIČOVÁ, 2020. *Štandardný postup na výkon prevencie: Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) – podpora vzťahovej väzby a laktácie* [online]. 2020. Dostupné z: <https://health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>

MAZÚCHOVÁ, Lucia, Erika MASKÁLOVÁ a Dominika DIVOKOVÁ, 2022. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. 1. vydání. Přel. Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3390-1.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2016. *Úmluva o právech dítěte a související dokumenty* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-120-1. Dostupné z: <https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>

MYDLILOVÁ, Anna, 2003. Přirozená výživa novorozence - kojení - hlavní zásady. *Pediatric pro praxi* [online]. 4(3). ISSN 128-132. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/03/04.pdf>

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

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

STEVENS, Emily E, Thelma E PATRICK a Rita PICKLER, 2009. A History of Infant Feeding. *Journal of Perinatal Education* [online]. 18(2), 32–39. ISSN 10581243. Dostupné z: doi:10.1624/105812409X426314

ŠRÁČKOVÁ, Danuše, 2004a. Historie kojení 1. ISSN 1211-6645.

ŠRÁČKOVÁ, Danuše, 2004b. Historie kojení 2. ISSN 1211-6645.

ÚZIS, 2023. *Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR - Zpráva o novorozenci 2021* [online]. 2023. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008423/roznov2016-2021.pdf>

VOLEMANOVÁ, Marja, 2020. Primary reflexes and their influence on motor and speech development. *Listy klinické logopedie* [online]. 4(1), 37–44. ISSN 25706179. Dostupné z: doi:10.36833/lkl.2020.011

WARGO, Wayne F, 2016. The History of Infant Formula: Quality, Safety, and Standard Methods. *Journal of AOAC INTERNATIONAL* [online]. 99(1), 7–11. ISSN 1060-3271, 1944-7922. Dostupné z: doi:10.5740/jaoacint.15-0244

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007. *Infant and young child feeding counseling: an integrated course*. [online]. 2007. B.m.: WHO. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346566/9789240032408-eng.pdf?sequence=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009. Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 99. ISSN 9789241597494.

WORLD HEALTH ORGANIZATION a UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), 2018. *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative* [online]. Geneva: World Health Organization [vid. 2024-06-05]. ISBN 978-92-4-151380-7. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/272943>

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 Ovlivnění laktace drážděním bradavky, přejato z Hájek 2014 .....	14
Obrázek 2 Typy bradavek: a – normální, b – plochá, c – dlouhá, d – vpáčená, přejato z Roztočil et al. 2017.....	24
Obrázek 3 Správné držení prsu při odstříkování mléka (Tereza Mačková) převzato z Mazúchová et al. 2022 .....	35

## **Seznam grafů**

Graf 1 Počet proběhlých konzultací.....	39
Graf 2 Věk dítěte v termínu první konzultace od porodu .....	39

**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta**  
**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí**  
**do závěrečné práce absolventa studijního programu**  
**uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>