

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Kojení a jeho nejčastější problémy**  
**Bakalářská práce**

**PhDr. Drahomíra Filausová**

**Simona Soukupová**

**2010**

## **Breastfeeding and its most frequent problems**

The undergraduate thesis is divided into two parts. The first part is theoretical and contains overview of current knowledge concerning breastfeeding; the other part presents the survey. In the theoretical part, most frequent problems related to breastfeeding are outlined and correct breastfeeding technique described, which is important for the prevention of these problems. Also other aspects related to breastfeeding are described, such as positions, regimen of a breastfeeding woman etc.

The first objective was to find out whether women get enough information about breastfeeding from the prenatal care. The second objective was to find out whether the nursing staff educates women on correct breastfeeding techniques in the postnatal ward. The third objective was to ascertain the most frequent problems related to breastfeeding in women in the postnatal ward, and the last objective was to find out whether breastfeeding women know how to resolve difficulties with breastfeeding.

The first hypothesis was that women get information during the prenatal care. The second hypothesis was that nursing staff instructs women on correct breastfeeding techniques. The third hypothesis was that the most frequent problem in breastfeeding is sore and cracked nipples. The last hypothesis was that women are aware of solutions of their problems while in the postnatal ward.

All the objectives were met. The survey showed that women were informed about breastfeeding during the prenatal care. They get most information from journals, books and internet. Some of them attended the breastfeeding course and others were instructed by medical staff. Thus the first hypothesis, that women get information during the prenatal care, was confirmed.

The second objective was to find out whether the nursing staff educates women on correct breastfeeding techniques in the postnatal ward. The survey proved that women were educated in this way and the staff instructed them on steps leading to successful breastfeeding. The results confirmed the second hypothesis, that nursing staff instructs women on correct breastfeeding techniques.

The third objective was to ascertain the most frequent problems with breastfeeding in women in the postnatal ward. The most serious problem ascertained was painful swelling of breasts. The third hypothesis, that the most frequent problem in breastfeeding is sore and cracked nipples, thus was not confirmed.

Ascertaining the scope of women's knowledge on ways to solve difficulties in breastfeeding was the fourth objective. It was proved that women have sufficient knowledge leading to the removal of a potential problem, and thus the fourth hypothesis, that women are aware of solutions of their breastfeeding problems while in the postnatal ward, was confirmed.

In order to verify the hypotheses and fulfill the objectives the quantitative research was used in the form of anonymous questionnaires. We handed out 127 questionnaires, of which 112 returned to us. The survey was implemented in Thomayer University Hospital in Prague, which has been the holder of Baby Friendly Hospital certificate since 1993.

The survey results could be used as a source of information for timely education on the most frequent problems in breastfeeding aimed at their prevention and at the same time serve as an information source for the improvement of nursing care.

More attention should be paid to the issues of breastfeeding, as these are problems, which may make mothers' most beautiful period of life more difficult.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kojení a jeho nejčastější problémy vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

Simona Soukupová

Mé poděkování patří PhDr. Drahomíře Filausové za laskavé a trpělivé vedení bakalářské práce a dále děkuji MUDr. Anně Mydlilové za odborné rady a připomínky. Také děkuji vedení nemocnice Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze za umožnění tohoto výzkumu.

# OBSAH

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
1.1 Anatomie prsu.....	4
1.1.2 Fyziologie kojení .....	5
1.1.3 Složení mateřského mléka .....	6
<b>1.2 Výhody kojení .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Zahájení kojení .....	10
<b>1.3 Technika kojení.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Polohy při kojení.....	14
1.3.2 Nejčastější problémy při kojení .....	17
<b>1.4 Kontraindikace kojení.....</b>	<b>25</b>
1.4.1 Kojení a léky.....	29
<b>1.5 Výživa kojící ženy .....</b>	<b>31</b>
1.5.1 Alkohol, kofein a kouření při kojení .....	35
<b>1.6 Odstríkávání mateřského mléka .....</b>	<b>36</b>
1.6.1. Uchování mateřského mléka .....	37
1.6.2 Banka mateřského mléka .....	38
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>39</b>
2. 1. Cíl práce.....	39
2. 2. Výzkumné otázky .....	39
<b>3. Metodika .....</b>	<b>40</b>
3. 1. Metodika práce .....	40

3. 2. Charakteristika zkoumaného souboru.....	40
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>41</b>
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>60</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>67</b>
<b>7. Použité zdroje.....</b>	<b>68</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>72</b>
<b>9. Seznam příloh.....</b>	<b>73</b>

## Úvod

Již v dobách dávno minulých vědělo lidstvo, že mateřské mléko je ta nejlepší potrava, kterou může matka svému dítěti dát. Většina dnešních maminek ví, že mateřským mlékem a kojením dá svému děťátku nejen tu nejlepší výživu pro první období života, ale že kojení poskytuje dítěti také jistotu, citové pouto, lepší odolnost proti nemocem a nižší riziko civilizačních onemocnění. Proto je zarážející, že při odchodu z porodnice kojí méně než 90 % matek a v šesti měsících věku dítěte je to již jen 18 % (14.)

Základem mohou být problémy související s kojením a i s tvorbou mléka již na oddělení šestinedělí.

Nejdůležitějším okamžikem pro matku, která chce své dítě kojit, je přístup porodních asistentek na porodním sále, první přiložení novorozence a navazující spolupráce dětských lékařů a trpělivých dětských sester na oddělení šestinedělí. Kojení pro některé matky může vypadat jako snadná záležitost, ale teprve s rozvojem laktace a eventuelními problémy souvisejících s kojením, mohou ženy tento způsob výživy svého potomka zavrhnout.

Proto je důležitá pomoc a podpora ze strany zdravotnického personálu. Podstatné je matce vysvětlit nejen techniku kojení, vhodné polohy při kojení, ale umět jí psychicky podpořit v době, kdy se vyskytnou první problémy s kojením.

Světová zdravotnická organizace a Dětský fond OSN (UNICEF) již po mnoho let upozorňují na důležitost zachování a obnovení praxe kojení jako cesty ke zlepšení zdraví a výživy kojenců, a malých dětí a zdravích matek (24).

Podle zákona má dítě právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Matka a dítě mají pak právo na odpovídající péči před i po porodu včetně podmínek, které usnadňují kojení (23).



# 1. Současný stav

## 1.1 Anatomie prsu

Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků (lobi). Ty jsou k sobě těsně přiloženy a ústí velkými dukty na mamile, která je tvořena těmito dukty a tuhým vazivem. Velké laloky se dále dělí na lalůčky (lobuly). Každý velký duktus má asi 20-40 lobulů. Konečná struktura tkáně mléčné žlázy se nazývá terminální duktolobulární jednotkou, jejíž počet kolísá mezi 10-100 na jeden lobulus. Počet těchto struktur je variabilní v závislosti na stavu vývoje prsu, věku a hormonální stimulaci. Terminální duktolobulární jednotka je základní hormonálně senzitivní a laktující jednotkou. Skládá se z tzv. scínů a terminálního intralobulárního duktu. Ty jsou tvořeny dvěma vrstvami epitelových buněk. Vnitřní epitelová vrstva je tvořena kuboidním nebo kolumnárním epitelem a zevní myoepitelovou vrstvou ohraničenou bazální membránou. Vnitřní epitelové buňky jsou dvojího typu. Typ „A“ buňky jsou diferencované a tvoří mléko. „B“ buňky mají funkci buněk kmenových. Buňky myoepitelové vrstvy nemají nervová zakončení. Obsahují myofilamenta, která jsou citlivá na účinky prolaktinu a oxytocinu (28).

Vývoj mléčné žlázy začíná již v prenatálním období. V 5. - 6. týdnu vývoje embrya dochází k vychlípění a zesílení ektodermu ventromediálně na obou stranách těl mezi základy pro obě končetiny. Na ose axila- třísla vzniká tzv. mléčná lišta. Ta se v průběhu vývoje zkracuje, v její kraniální oblasti promínuje epitel do superepidermálního mezenchymu a tvoří tzv. mléčný hrbolek. Výsledkem interakcí epitel-mezenchym je větvení duktu a tvorba stromální fibrózní a tukové tkáně. Při nedostatečné involuci mléčné lišty vzniká tzv. přídatná žláza, která se může vyskytnout kdekoli v jejím průběhu. Ve III. trimestru dochází díky vysoké hladině fetálního prolaktinu k diferenciaci duktálních buněk. Kůže okolo vyústění duktů vytváří mammární důlek, který vytváří v době okolo porodu definitivní bradavku (mamilu). Při selhání tohoto mechanismu se vyvíjí tzv. vpáčená bradavka. Pro embryonální a fetální vývoj mléčné žlázy je zapotřebí správného účinku ovariálních steroidních hormonů a také prolaktinu. Dále je nutná přítomnost inzulínu, hormonů štítné žlázy a kortikoidů. Tyto růstové

hormony spouštějí sekreci růstových faktorů z buněk stromatu, které se významně podílejí na vývoji a proliferaci tkání prsu. V období puberty zvýšená hladina steroidů, hlavně estrogenů, stimuluje vývoj ductů a růst prsů. To je však podmíněno přítomností inzulínu a prolaktinu (27,28,33).

### ***1.1.2 Fyziologie kojení***

Příprava mléčné žlázy na tvorbu mateřského mléka probíhá celé těhotenství současně s vývojem plodu, v posledním trimestru velmi intenzivně. Laktace neboli tvorba mateřského mléka, začíná v momentě narození plodu. Spouštěči sekrece mléka jsou hlavně prolaktin a oxytocin. Prolaktin, který se tvoří v předním laloku hypofýzy, je zodpovědný za tvorbu mléka. Jeho sekrece je stimulována tyreoliberinem a tlumena prolaktostatinem. Druhým hormonem ovlivňujícím laktaci je oxytocin. Oxytocin je hormon tvořený v zadním laloku hypofýzy. Jeho úkolem je uvolnění a vypuzení mateřského mléka z mléčné žlázy, tzv. let-down neboli ejekční reflex. Hladina oxytocinu je negativně ovlivněna hlavně zevními vlivy, jako je stres a bolest. Naopak je důležité první přiložení po porodu, doporučená doba je nejdéle do půl hodiny po porodu. Potřeba dítěte sát a tvorba důležitých hormonů je největší právě v tuto dobu (7,18).

V prvních dnech po porodu se tvoří mlezivo nebo též kolostrum. To obsahuje velké množství bílkovin, zejména imunoglobulinů, méně tuku a relativně nízký obsah cukrů. Má velkou energetickou hodnotu. Obsahuje též minerální látky a vitamíny a také velké množství obranných látek. Je nažloutlé barvy.

V období mezi 5-14 dnem po porodu vzniká tzv. přechodné mateřské mléko. Na jeho tvorbu navazuje tvorba zralého mateřského mléka (7,37).

Zralé mateřské mléko lze rozlišovat na tzv. *přední mateřské mléko*, které obsahuje hlavně vodu a laktózu a kojeneckému dítěti rychle uhasí žízeň. Druhým typem je tzv. *zadní mateřské mléko*, které obsahuje více tuků a dítě zasytí. V porovnání s jinými mléky je v mateřském mléce jen malý obsah bílkovin. Kojenec má nevyzrálé ledviny, a vysoký obsah bílkovin v mléce by je přetížil (5,7,37).

### 1.1.3 Složení mateřského mléka

Složení mateřského mléka přesně odpovídá měnícím se nárokům a potřebám novorozence. Jeho složení se mění v průběhu prvních dnů, v průběhu jednoho dne a dokonce i v průběhu jednoho kojení. Kalorická hodnota mateřského mléka je asi 67kcal/100 ml (7).

Důležitou složkou mateřského mléka je *voda*. Je to zdroj tekutin a jako takový postačí jako jediný až do půli roka života dítěte. Podávání čaje nebo šťáv nemá proto v tomto období význam, je-li dítě dobře hydratované, dostatečně močí a nemá zvýšenou potřebu přísunu tekutin, jako např. při pyrexii. Pokud je tedy nutné dítěti podat tekutiny, musí to být voda kojenecká, převařená a nesmí se podávat savičkou (7).

Další důležitou složkou jsou *bílkoviny*. Jsou zde přítomny jak bílkoviny mléčné, tak imunoglobulíny a sérové bílkoviny. Mléčné bílkoviny jsou kasein a syrovátkové bílkoviny alfa-laktalbumin, laktoferrin. Díky poměru laktalbumin:kasein (70-80:20-30) je mateřské mléko lehce stravitelné. Tento poměr látek vytváří z mateřského mléka v žaludku jemnou sraženinu, která je pro kojence snadno stravitelná. Kravské mléko, které má poměr obrácený, a sraženiny jsou proto větší, jsou pro děti hůře stravitelné. Relativně nízký obsah bílkovin v mateřském mléce postačuje pro optimální růst kojených dětí do 6 měsíců, zároveň představuje nízkou zátěž pro nezralé ledviny (7, 18).

*Tuk* je další důležitou složkou mateřského mléka. Obsah tuku je v kolostru 2g/100ml, ve zralém mléce 3,8-4,5g/100ml. Množství tuku se mění také v průběhu jednoho kojení. Zadní mléko obsahuje 5x více tuku než mléko přední. Z mastných kyselin je 42% nasycených, 57 nenasycených. Mezi nenasycené patří hlavně kyselina linoleová, linolová, arachidioniová a dokosaheptaenová. Nenasycené mastné kyseliny jsou nezbytné pro vývoj CNS, urychlují dozrávání enterocytů, fungují jako prekurzory prostaglandinů a tím mají vliv na imunitní odpovědi organismu. Jsou důležité též pro vývoj oční sítnice (3,7,18).

*Sacharidy* představují 40% energetické hodnoty mateřského mléka. Dominantním cukrem je laktóza. Dále je přítomna galaktóza, fruktóza a malé množství jiných oligosacharidů. Laktóza usnadňuje resorpci vápníku a železa, a nepřímo

podporuje kolonizaci zažívacího traktu laktobacilem. Obsah laktózy je v kolostru asi 4%, ve zralém mateřském mléce asi 7%. Laktóza také metabolizuje na glukózu a galaktózu, které je nezbytná pro tvorbu galaktolipidů, důležitých pro vývoj centrálního nervového systému (3,7,18).

Vitamíny obsažené v mateřském mléce svým obsahem většinou kryjí potřebu zralého novorozence, důležitá je však výživa matky. Kolísá zejména obsah vitamínů rozpustných v tucích, protože obsah tuků v mateřském mléce je nejvariabilnější složkou mateřského mléka.

Vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K) také závisejí na příjmu matky potravou, avšak některé z nich jsou kojenci podávány standardně. Patří sem vitamín K - 1mg i.m., aplikováno nejlépe mezi 2.-6. hodinou po porodu. Tuto dávku není nutné opakovat. Nebo lze ve stejném časovém intervalu od porodu podat 2 mg vit.K1 p.o.. U plně kojených dětí je nutno 1x týdně opakovat dávku 1 mg p.o. do stáří dítěte 10-12 týdnů. Tyto způsoby podávání vitamínu platí u fyziologických novorozenců. (44)

Vitamín D je v mateřském mléce obsažen jen málo. Je tedy podáván jako prevence rachitis v dávce 400 I.U. /den p. o. Kůže je hlavním orgánem zajišťující vitamín D. Jen výjimečně je donošeným plně kojeným dětem, deprivovaným od slunečního záření, nutno podávat vitamín D ve větším množství. U žen vegetariánek je nedostatkovým vitamínem vitamín B12, proto je nutné ho dodávat navíc. Ostatních vitamínů, převážně C, B6 a kyseliny listové je v mateřském mléce dostatek. V dnešní době spousta matek nedostatek vitamínů ve své stravě řeší pomocí multivitaminových prostředků. Tento způsob suplementace vitamínů však není úplně nejvhodnější, protože tyto preparáty mohou obsahovat vyšší množství steroidů, které mohou způsobit prolongovaný ikterus u novorozence. Podáním multivitaminových prostředků novorozenci je nutné vždy konzultovat s pediatrem, protože by mohlo dojít k nadměrnému přijímání vitamínu D, a to je nežádoucí (3,7,18).

*Minerály a stopové prvky* jsou v mateřském mléce zastoupeny v dostatečném množství, navíc jsou z mateřského mléka velmi dobře využitelné. Patří sem sodík, vápník, železo, magnesium, fosfor, měď a fluór. Celkové množství minerálních látek je v mateřském mléce menší než v kravském, což odpovídá potřebám dítěte. Aby byly

dostatečně využity jednotlivé složky mateřského mléka, je důležitá jejich biologická dostupnost. Biologická dostupnost jednotlivých minerálních látek, např. vápníku, je v mateřském mléce nejlepší, protože poměr kalcia a fosforu (2 :1) je považován za ideální. „Biologickou dostupnost železa zvyšuje přítomnost zinku a mědi v mateřském mléce a také bílkovina laktoferrin, která navíc brání množení střevních bakterií kompeticí o železo. Z mateřského mléka se resorbuje 70% železa, z kravského mléka jen 30% a z přípravků umělé mléčné výživy jen 10% (21, s.6)“.

Dostatečný přísun ve stravě matky je důležitý už v těhotenství, aby si plod mohl vytvořit zásoby železa, a v tomto přísunu musí matka pokračovat i poté, tedy v období kojení. Předchází se tím hyposideremii a následné anémii kojených dětí, což se nejvíc vyskytuje v 6. měsíci věku dítěte. Suplementace železa se provádí jen u matek, které před nebo v průběhu těhotenství trpěly jeho nedostatkem a někdy i u novorozenců s extrémní nezralostí nebo velkou krevní ztrátou. V dostatečném množství jsou v mateřském mléce obsaženy i měď, zinek, kobalt a selen. Důležitý je rovněž jód. Ten je důležité přijímat nejen v těhotenství, ale následně i po porodu a v době kojení. Matka by měla alespoň jednou týdně zařadit do svého jídelníčku mořskou rybu. Samozřejmostí je též používání jodidované soli (6,7,33).

## ***1.2 Výhody kojení***

Jeden z dokumentů Světové zdravotnické organizace z roku 1990 nese název „Ochrana, prosazování a podpora kojení.“ Píše se v něm: „Kojení je nenahraditelný způsob poskytování potravy dítěti, který je ideální pro růst a vývoj a má jedinečný vliv na somatické a psychické zdraví dítěte i matky (23, s. 134)“.

Četné výzkumy v oblasti kojení stále potvrzují jeho nesporné výhody jak pro dítě, matku a rodinu, tak i pro celou společnost. Jeho výhody nejsou jen v oblasti výživy dítěte, jeho zdraví a vývoje, zdraví matky, ale i z hlediska psychologického, sociálního, ekologického a ekonomického (26).

Mateřské mléko je svým složením a proměnlivostí jedinečné. Jeho složení se mění v průběhu jednoho kojení i během celého období, kdy je dítě kojeno. Světová zdravotnická organizace a Dětský fond doporučují výlučné kojení po dobu 6 měsíců, poté začít se zaváděním nemléčných příkrmů a pokračování v kojení s příkrmem do věku kolem 2 let a déle (26).

*Výhod kojení pro dítě* je spousta. Mezi přednosti mateřského mléka patří ochrana dítěte před infekcemi a u nemocných příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Jsou v něm látky, které ničí bakterie nebo zpomalují jejich růst. Méně často se u kojených dětí vyskytuje hlavně respirační onemocnění jako např. bronchiolitida, bronchitida, pneumonie, spastická bronchitida a otitida. Kojené děti mají menší riziko vzniku diabetu, lymfomu, méně často se vyskytuje syndrom náhlého úmrtí dítěte. Dále byl prokázán menší výskyt meningitidy, infekce močových cest, ortodontické problémy, vady řeči u chlapců, zubní kaz. Děti netrpí alergiemi, nejsou obézní, nevyskytuje se u nich tak často anémie, zhoubné nemoci krevtvorby a leukémie. Dochází u nich k lepšímu vývoji psychických a citových schopností. Kojením se vytváří mezi matkou a dítětem pevné citové pouto. Také se uvádí, že mateřské mléko má pozitivní vliv na vývoj mozku a jeho funkcí. Děti jsou méně často hospitalizované. V dospělosti a ve stáří mají silnější kosti (8,13,19,23,26).

Kojení má nespornou *výhodu i pro matku*. Poporodní změny, jako je např. zavinování dělohy, probíhá díky oxytocinu vyplavovanému při kojení rychleji, bez větších krevních ztrát, přirozeněji a bez komplikací. Kojící ženy netrpí chudokrevností.

Kojení ženu chrání před výskytem rakoviny prsu nebo vaječníku. Chrání ženu před vznikem osteoporózy v období menopauzy. Antikoncepční účinek se dostaví jen při častém a plném kojení. Kojení napomáhá též ženám k návratu na původní váhu. Důležitá je citová vazba, přijetí mateřské role je snazší. Bezesporu je to i levnější než výživa umělá (8,13,19,23,26).

### ***1.2.1 Zahájení kojení***

Novorozenec se narodí se třemi ze základními reflexy, s reflexem hledacím, sacím a polykacím. Už po porodu je schopno přijímat mateřské mléko z prsu. Často si již v děloze dítě cucá paleček, což je vidět na ultrazvuku, někdy je to patrné po narození, kdy má novorozenec tzv. sací mozol. Po narození dítě prožívá velké změny. Poprvé vnímá svět kolem sebe. Cítí vzduch kolem sebe, očima vnímá jiné světlo, na které nebylo v děloze zvyklé. Zvuky a hlasy, které doposud slyšel přes stěnu břišní a tlumeně přes plodovou vodu, slyší teď daleko zřetelněji. Dítě poprvé slyší opravdový hlas svojí matky, na který byl tak zvyklý (21,31,33).

Pro usnadnění zahájení kojení by měl být fyziologický novorozenec po porodu osušen a položen na břicho či hrudník matky. Důležitý je kontakt kůže na kůži ihned po porodu, či jakmile je to možné. Dítě musí být v teple a v suchu, přikryto teplou přikrývkou. I matka je pro něj výborný zdroj tepla. Tento první kontakt by měl trvat co nejdéle, nejlépe 2 hodiny. Novorozenec má být tedy přiložen k prsu co nejdříve hned na porodním sále, jakmile to dovolí jeho stav a stav matky, nejlépe do 30 minut. Většina dětí už během první hodiny projevuje chuť sát mateřské mléko. Přisátí novorozence k prsu je důkazem jeho zdraví a správné poporodní adaptace na nové prostředí. Pátravě pohybují hlavičkou, aby našli matčin prs, ručičku přibližují k ústům a začínají ji třeba i sát. Miminko se po narození rychle učí, nesmí se však na něj pospíchat. Potřebuje dostatek času, aby se v novém prostředí zorientovalo. Správná technika kojení pomáhá k indukci tvorby mléka a předchází komplikacím, které by mohly vzniknout. Dítě může matčin prs nejprve olizovat, ochutnávat a čekat. Nejčastěji je dítě krmeno tzv. technikou „on demand“, kdy se dítě přikládá k prsu dle potřeby, tj. když se hlásí. Tomuto kojení

dle potřeb dítěte nejlépe vyhovují porodnice se zavedenou tzv. rooming-in péčí. Může dojít i k několika neúspěšným pokusům o přiložení a sání mateřského mléka. Když se mu podaří přisát, dělá pauzy mezi sáním a polykáním. Saje dost dlouho, než se nasytí. Nejen matka, ale i on prožívá příjemné chvíle při sání, z nasycení a z tělesného kontaktu. Jeho sací reflex je první dvě hodiny nejsilnější. Pokud je první kojení odloženo, dítě neustále hledá prs matky. Otáčí hlavičku, otvírá ústa, pohybuje ručičkami, saje si pěstičky a hledá tak dlouho, dokud se nevyčerpá a neusne. Kontakt s novorozencem a jeho přisání, vyvolá v matce vyplavení tzv. endorfinů, hormonů, způsobujících prožívání štěstí a radosti (7,17,19, 29).

První přiložení k prsu má i velký význam pro matku. Vede pomocí hormonálního působení k lepšímu zavinování dělohy a tvorba mateřského mléka se nastartuje mnohem lépe. Prolaktin, hormon spouštějící tvorbu mléka, je přítomen již během těhotenství, ale až do porodu je blokován placentárními hormony. Jakmile se placenta odloučí, prudce stoupne činnost prolaktinu a už druhý den po porodu dosahuje maxima. To platí však jen tehdy, je-li dítě přiloženo již brzy po porodu. V hypotalamu, v hormonálním centru mozku, dojde ihned po porodu k restrukturalizaci, která umožňuje postupné uvolňování oxytocinu při kojení. V první hodině po porodu dosahuje oxytocin nejvyšší hladinu za celý život. Porodnice, které kladně přistupují ke kojení, k matce a dítěti nesou název Baby Friendly Hospital. Nemocnice s tímto titulem musí splňovat deset kroků k úspěšnému kojení, viz příloha. Podpora těchto kroků vede ke zvyšování počtu úspěšně kojících dětí (21,31,33).

Péče o kojící ženy musí však pokračovat i v terénu po propuštění matky a dítěte z porodnice. Potíže s kojením se objevují asi u 40% kojících žen nejčastěji právě až doma. Je nutné matku řádně o kojení poučit již před propuštěním z porodnice (7,33).



### ***1.3. Technika kojení***

Zvládnutí správné techniky kojení je hlavním předpokladem pro dlouhodobé kojení, které doporučuje Světová zdravotnická organizace. Toto je jeden z hlavních úkolů porodnic. Naučit matky vše potřebné, dodat matkám sebedůvěru a sebejistotu při kojení.

Důležitý je nácvik a zvládnutí techniky kojení v předporodních kurzech, zaměřených na toto téma.(1).

Jak již bylo zmíněno, dítě je po narození vybaveno třemi reflexy důležitými pro příjem potravy. Je to reflex hledací, sací a polykací. Pouze při podráždění těchto reflexů je dítě schopné správně sát mateřské mléko. Chce-li matka své dítě správně kojit, musí si osvojit zásady správné techniky kojení. Znamená to naučit se čtyři základní zásady. První zásadou je *vzájemná poloha matky a dítěte*. Poloha při kojení musí být pohodlná jak pro dítě, tak pro matku. Použití různých poloh při kojení umožňuje zohlednit stav matky a zvláštnosti ve tvaru a velikosti prsu, obličej dítěte a vyprazdňování prsu. Dítě přikládáme k tělu matky, matka nepřizpůsobuje nepřirozeně svojí polohou k dítěti. Docházelo by tak k bolestem zad a nepohodlnému kojení. Důležité je, aby dítě leželo na boku, obličej, hrudník, břicho a nožky směřovali k matce. Mezi dítětem a matkou nesmí být žádná překážka jako např. spodní ručka nebo zavinovačka. Ucho, ramena a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Matka přitlačuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena, krk a záda. Neměla by ho přitahovat za hlavičku. Pokud se matka hlavičky dítěte dotýká, neměla by prsty přesahovat myšlenou spojnicí mezi oušky dítěte. Matka by se neměla zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu (1,20).

Při správné technice se brada, tvář a nos dítěte dotýkají prsu. Brada dítěte je hluboce zabořená do prsu. Z pohledu matky se však může zdát, že prs ucpává dítěti nos, proto se ho snaží některé matky odtahovat. Tím však mění polohu bradavky v ústech dítěte a vysunují mu jí ven. Stěžují mu tím sání a vystavují se také vzniku bolestivých ragád. Při správné poloze může dítě dýchat, ačkoli se matce zdá, že má nos příliš přitisknutý k prsu. Ve skutečnosti si totiž tkáň prsu odtlačuje špičkou nosu, takže vzniká

po stranách jeho nosu dutinka, která mu umožňuje dýchání. Kojení nesmí v žádném případě matku bolet. I to je známka špatné techniky kojení (13,19,20,32).

Další zásadou je *správné uchopení prsu a jeho držení během kojení* /viz. příloha č. 4/. Matka by se prsty neměla dotýkat dvorce. Prs je zesponu podpírán čtyřmi prsty, kromě palce. Ten je položen vysoko nad dvorec. Tlak palce na prsní tkáň způsobí napřímení bradavky. Prs se musí dítěti nabídnout tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, zvláště ze sponu. Tvář a nos se musí po celou dobu kojení dotýkat kůže prsu. Dítě nesmí při přikládání k prsu brečet- to má totiž jazyk na horním patře a nemůže se správně přisát. Je potřeba ho nejprve utišit a případně podráždit v okolí úst bradavkou. Nejčastější chybou jaké se matky dopouštějí, je, že se dotýkají dvorce tam, kde by měly být dásně dítěte. Druhou nejčastější chybou je, že všechny prsty kromě palce nejsou pod prsem (13,20,32).

Třetí zásadou je *správná technika přisátí dítěte*. Správné přiložení dítěte k prsu bývá nejčastějším problémem v počátku kojení. Je důležité vědět, že dítě musí vhodně uchopit bradavku i s dvorcem, protože dítě vlastně saje z prsu, nikoli pouze z bradavky. K tomu je důležité, aby mělo dítě široce rozevřená ústa jako při zívání. Dolní ret je ohnutý ven. Jazyk přesahuje dolní ret, stočí se do tvaru pohárku a uchopí bradavku i s dvorcem. Bradavka i dvorec musí být vždy uloženy na jazyku, nikoli pod ním. Ústa dítěte se lehce podráždí bradavkou, což vyvolá hledací reflex. Bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte. Dítě na to zareaguje otevřením úst.

Poslední zásadou bezproblémového kojení je *zvládnutá technika sání*. Jak již bylo popsáno výše, je důležité, aby jazyk přesahoval dolní ret a byl pod mléčnými sinusy. Jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem. Bradavka i s dvorcem musí být uloženy na jazyku. Dásně stlačují dvorec. Bradavka se tak protahuje do zadní části dutiny ústní kojence. Tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce. Vlnovitý pohyb jazyka zepředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte. Tlak jazyka o tvrdé patro vyprazdňuje mléčné sinusy, zásobníky mateřského mléka v prsu. Mléko tak vytéká do úst dítěte. Dítě pak vytlačené mléko spolkne. Vždy by měla mít matka i dítě na kojení klid (13,19,20).

### ***1.3.1 Polohy při kojení***

Každý den tráví matka spoustu času krmením svého dítěte, proto je velice důležité, aby zaujala správnou polohu /viz. příloha č. 5/. Poloha musí být příjemná nejen pro dítě, ale také pro matku. Při zvolení pohodlné polohy může být kojení pro matku i určitý druh relaxace a uvolnění. Pomocí různých kojících polštářů, polštářů obyčejných, dek a složených ručníků lze vhodné polohy daleko lépe dosáhnout. Ty mohou poskytnout podporu všude tam, kde je to zapotřebí: pod zády, pod krkem, pod koleny, pod chodidly- a co obzvláště důležité- pod paži, v níž drží matka své dítě. V prvních dnech kojení je pro matku pohodlnější kojit jen v poloze v leže, je však velice důležité, aby jí dětské sestry ukázaly polohy jiné. Získat jistotu v kojících polohách by měla žena již na oddělení šestinedělí. Tam je velice nezbytná spolupráce lékařů, dětských sester a kojící matky. Jakmile žena při přikládání získá větší zkušenosti, je schopna dítěti nabídnout prs při kojení i v jiné poloze. Střídání poloh při kojení má význam i v tom, že pokud není dítě drženo pokaždé ve stejné poloze, jeho jazyk a čelist nezatěžují při sání tkáň bradavky vždy ve stejném místě. Další výhodou je, že si žena může vybrat polohu v závislosti na prostředí a situaci (31,32).

*Poloha v leže na boku* je jednou z nejpříjemnějších poloh pro matky. Zejména to platí bezprostředně po porodu a později ji matky využívají hlavně v noci. Matka i dítě leží na boku, matka má mírně pokrčené dolní končetiny. Dítě leží podél boku matky, břicho má přitisknuté k boku matky, obličej směřuje k matce. Hlava je stabilizována jedním či více polštáři, nebo tlustým válcem či dekou, aby byly krční, šíjové a ramenní svaly dobře uvolněné, když matka sleduje své dítě, jak pije. Kojící matka by se neměla opírat o loket, nezvedat ruku na straně prsu, ze které dítě saje a ani by ji neměla dávat pod hlavu, což by vytahovalo dítěti prs z úst. Leží-li tedy matka na levé straně, levá paže je zcela uvolněná podél těla dítěte. Pravou rukou matka v případě potřeby pozvedne levý prs, aby ho mohla podat dítěti. Některé matky mohou podkládat nadloktí pod hlavičku dítěte, závisí to na velikosti prsou. Pokud má kojící matka prsa malá, doporučuje se položit dítě na přiměřeně velký polštář. Naopak je tomu u velkých a

těžkých prsou, kdy prs podkládáme ze spodu srolovanou bavlněnou plenou. Poloha je vhodná hlavně u žen bezprostředně po porodu (13,40).

*Poloha v leže na zádech* je vhodná u žen po císařském řezu a u dětí, které se špatně přisávají. Též je vhodná u dětí s břišní kolikou. Matka leží na zádech, dítě leží bříškem na břiše své matky. Matka jednou rukou drží dítě, druhou si drží a nabízí prs. Čtyřmi prsty zespodu mimo dvorec jej nadzvedává, palec je položený vysoko nad dvorec. Tato poloha je jednoduchá s větším dítětem, s novorozencem je velice obtížná. Tato poloha je též vhodná při nadbytku mléka. Dítě ležící v této poloze uchopuje bradavku shora. Mléko mu tudíž teče do úst proti gravitaci, což poněkud brzdí jeho proud a dítě může snadněji polykat. Matka by měla mít podloženou hlavu, aby mohla své dítě při kojení pozorovat (13,40).

*Poloha v polosedě s podloženýma nohama* je opět vhodná pro matky po císařském řezu. Dítě leží na předloktí nebo v ohbí paže matky. Pokud je matka po císařském řezu, měla by využít polštář, položit si ho na břicho a snížit tak tlak na jizvu. Někdy si může i stočený polštář či deku dát pod kolena jako podporu dolních končetin. V této poloze dítě pijící z pravého prsu, leží na svém levém boku a hlavičku má v pravém ohbí paže. Pravou dlaní drží matka dítě za hýždě a přidržuje jej u svého těla. Pravá ruka by měla být též podepřena polštářem ve správné výšce a loket dobře podepřen, aby rameno zůstalo volné a matka uvolněná. Levou rukou matka nabízí a přidržuje prs. Jakmile začne dítě sát, je možno prs pustit (13,40).

*Při poloze v sedě, též poloha madony*, může mít matka nohy podložené nebo zkřížené přes sebe. Ideální je židle či křeslo s područkami a rovným opěradlem, aby záda zůstala vzpřímená a rovná. Matka se tak může opřít a uvolnit. Vhodná je také stolička, kam si matka položí plosky nohou. Hlava dítěte je v ohbí paže matky, druhou rukou matka přidržuje prs. Svou paží matka podpírá záda dítěte a dlaní přidržuje jeho zadeček. Spodní ruka dítěte je kolem pasu matky. V této poloze je vhodné použít kojící polštář. Matka se s ním obloží dokola a dítě na něm leží. Někdy může kojící matku v prvních dnech po spontánním porodu ještě bolet hojící se šitá hráz. V takovém případě je dobré použít na sezení přiměřeně nafouknutý kruh do vody. V něm se žena uvolní, protože ji

na ránu nic netlačí. Tato poloha je později nejčastější volenou polohou na veřejnosti (13,31,32,40).

*Boční fotbalové držení* je nejvhodnější u žen s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu. Dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá dítěti ramena. Prsty podpírá matka hlavičku dítěte. Nožky dítěte má matka podél svého boku, chodidla dítěte se při tom nesmí o nic opírat. Předloktí matky, na kterém drží dítě, je podepřeno polštářem. Tato poloha se také uplatňuje při kojení dvojčat (13,40).

*Poloha tanečnicka* je doporučována zejména pro nedonošené děti, nebo pro děti které se špatně přisávají k prsu. Dítě leží matce na předloktí, jakoby křížem přes její tělo, je přiloženo k prsu. Ruka podpírá prs téže strany. Matka může při kojení lépe měnit prs, aniž by musela měnit držení dítěte. Má pod kontrolou i pohyb hlavy (13,25).

*Vzpřímená, vertikální poloha* je také využívá u dětí nedonošených a s malou bradou. Matka jednou rukou drží dítě, v druhé drží prs. Ruka matky podpírá hlavu a krk kojeneho dítěte. Dítě sedí obkročmo na matčině stehně, čelem k ní. Musí se bříškem opírat o břicho své matky. Pokud dítě ještě samo nesedí, nemělo by ani v tomto případě. Ruka podpírá prs téže strany (13,25).

*Kojení oběma rukama* je technika, která vyžaduje pomoc druhé osoby. Matka si chytí prs oběma rukama, tak aby ho prsty podepíraly zdola a palce obepínaly shora. Pomáhající osoba přiloží dítě k prsu. Uvedená poloha je vhodná u žen s velkými prsy (25).

Pro současné *kojení dvojčat* se používá fotbalové, boční držení. Kojení obou dětí najednou zajišťuje lepší sekreci prolaktinu a tedy tvorbu mateřského mléka. Samozřejmostí je úspora času pro matku. Lze si zvolit různé polohy, např. boční fotbalové držení, kojení v leže na zádech, polohu do kříže a paralelní polohu. V počátcích je náročná na zvládnutí přiložení obou dětí najednou, proto je velice důležitá spolupráce a dohled pediatra a dětské sestry (13,40).

Při *kojení trojčat* je nejlepší variantou, pokud má matka všechny tři děti u sebe. Současně pijí dvě děti ve fotbalovém držení, třetí ležící na klíně matky je nakrmeno později. Je vhodné mezi tím dítě hladit nebo mu nabídnout čistý, umytý malíček do úst (13,30,32).

### ***1.3.2 Nejčastější problémy při kojení***

Jedním z nejčastějších problémů vyskytujících se u kojících žen jsou *ploché nebo vpáčené bradavky*. Proto by se měla těhotným ženám prsa prohlédnout již v období těhotenství, aby se dala v dostatečném předstihu na kojení připravit. Každá žena má prsa anatomicky rozdílná a velice záleží na kvalitě bradavky. Rozeznáváme normální typ, plochou, vystouplou a vpáčenou bradavku. Důležitá je také jejich reaktivita na stimul /viz. příloha č. 3/. V případě plochých a vpáčených bradavek je vhodné nošení speciální pomůcky, tzv. *formovače*. Těhotná by je měla začít používat v posledním trimestru těhotenství. Tyto formovače lze zakoupit běžně ve zdravotnických potřebách, nebo je nahradit podprsenkou s vystřiženým otvorem (43).

Formovače učí bradavku být reaktivní, a tím velice vylepšit její tvar, který je důležitý v období kojení. V době, kdy již matka kojí, by měla svou bradavku před každým kojením vytvarovat, aby mohla být správně nabídnuta dítěti, nebo používat formovače mezi kojením. Pokud se přikládání nedaří, lze použít jinou pomůcku, tzv. *klobouček*. Je vyroben ze silikonu a má tvar bradavky. Brání však bezprostřednímu kontaktu bradavky s dutinou ústní dítěte a může tedy zbrzdit rozvoj laktace. Jeho používání by se mělo proto minimalizovat. Matka si může vybrat z různých velikostí, S, M, L. Vyrábí se též ve dvou formách, buď zakrývá celou bradavku, nebo jen její polovinu. Pro rozvoj kojení je lepší druhý typ, funkčností se oba typy neliší. Důležité je přizpůsobit polohu dítěte při kojení.

Někdy se může i normální bradavka zploštit až po nalití prsů. Tuto situaci lze vyřešit vytvarováním bradavky odstříkáním mléka těsně před kojením (1,20,22,38). Otužování, kartáčování, desinfikování a povytahování prsů se dnes již nedoporučuje (13).

*Bolestivé nalití prsou* vzniká neplynulým vyprazdňováním prsu, špatnou technikou sání spolu s překrvením a otokem doprovázející zvýšení tvorby mléka ve druhém až čtvrtém dnu. Prsy jsou pak oteklé, tvrdé, horké a bolestivé. Někdy může

tento stav doprovázet zvýšená teplota. Tato situace může nastat i při odstavování dítěte. Krátkým a častým kojením se může bolestivému nalití prsou předejít.

Úlevu přinášejí obklady, reflexní masáž a šetrné zformování bradavky ztvrdlého prsu tím, že ho matka před kojením trochu odstříká. Dítě se pak lépe k prsu přisaje. Během kojení je dobré též prsy jemně masírovat směrem k bradavce. Obtížné období lze překonat odstříkáním prsu.

Na prs se přikládá buď studený obklad, nebo „tvarohový“ obklad. Měkký tvaroh se nanese na prsa a nechá se 20-30 min. působit. Toto se může provádět několikrát denně (6,15,25).

*Poranění bradavek neboli ragády* jsou výsledkem špatné techniky kojení nesprávně přiloženého dítěte k prsu. Důležitá je v tomto případě vzájemná poloha matky a dítěte. Stačí jedno chybné přiložení k prsu a dojde k poškození. Pokud k poranění dojde, je nutné zvolit jinou polohu a opravit techniku kojení. Ragáda se hojí během několika dní i bez léčby. Lze však použít mast na prsní bradavky /Bepanthen / či hydrogely. Jiný způsob pomoci při hojení je použití vlastního mléka, kdy se po kojení nechá na bradavce pár kapek zaschnout. V tomto případě je dobré před kojením stimulovat uvolnění mléka přiložením teplého obkladu. Jako první se nabízí méně bolestivý prs. Frekvence a délka kojení by se ani v tomto případě neměla omezovat. Aby se poranění předcházelo, musí být matka poučena o vsunutí malíčku dítěti do úst, které se pak samo pustí a bradavka není mechanicky drážděna. Je dobré nechávat bradavky co nejvíce na vzduchu, eventuelně používat *chrániče prsních bradavek*. (13,17,43).

*Retence mléka* neboli ucpaný mlékovod, je bolestivé zarudnutí a ztuhnutí části prsu. K poruše toku mléka dochází blokadou jednoho z vývodů buněčnou drtí či zaschlým mlékem s následným otokem. Při této komplikaci se vyskytuje i vysoká teplota a velká bolest prsou. I zde může být příčinou nevhodně zvolená poloha při kojení. Pokud komplikace vznikne, je důležité přikládání obkladů. Před kojením se používají teplé obklady, mezi kojením studené obklady. Možno použít i obklad z tvarohu. V tomto případě by se mělo dítě kojit tak, aby jeho brada směřovala k postiženému místu. Při teplotě se mohou použít antipyretika, v tomto případě se

doporučuje Paralen nebo Brufen. Při retenci se nikdy nepřestává kojit. Tento problém se může zaměnit s mastitidou. Liší se od ní však přesným ohraničením zánětu a rychlou úpravou do 2-3 dnů. Antibiotika nejsou nutná (13,17,38).

*Pozdní nástup laktace* je další problém se kterým se může kojící matka setkat. Ve většině případů vypije dítě již třetí den značné množství mléka, často je ho nadbytek. U některých žen se může vyskytnout situace, že se tvorba mléka opozdí. Laktace se pak objeví až 4. - 5. den i později. Je dobré ji poučit o pomůcce, tzv. *suplementoru*. Pomoc *suplementoru* spočívá v tom, že se naplní dárcovským mateřským mlékem a hadičkou připevněnou k prsu, je přiváděno dítěti do úst. Dítě je přiloženo k prsu. Dítě tak správně saje a je podporována tvorba laktace a zachována správná technika sání.

Skutečná hypogalaktie je vzácná a udává se u 1-2 % (22,38).

*Mastitida neboli zánět prsní žlázy* je v prvních dvou týdnech vzácná. Nejčastěji se objevuje po 3. týdnu po porodu. Výskyt je však i tak vzácný, častěji se jedná o retenci mléka nežli o skutečný zánět, způsobený bakteriemi nebo plísněmi. U mastitidy převládají jako příznaky horký bolestivý prs s otokem a teplotou. Dochází i k celkové schvácenosti kojící matky. Většinou je postižen jen jeden prs a to v dolní a boční části.

Toto onemocnění se léčí antibiotiky, obvykle protistafylokokovými v kombinaci s antimykotiky a antipyretiky. Dále se doporučují teplé a studené obklady. Matka by i nadále měla kojit a to i z postiženého prsu. „Dobrá drenáž mléka je předpokladem úspěšné léčby a přináší menší procento komplikací ve formě abscesů (22,s14)“.

Při zánětu sdílí novorozenec bakterie s matkou. Pokud se kojení při mírném zánětu přeruší, dítě je deprivováno od protilátek a jiných faktorů z mateřského mléka, které ovlivňují jeho obranyschopnost. Je však důležité stav novorozence hlídat. Před kojením je vhodné uvolnit dvorec postiženého prsu, kojení dítěte ale začínat ze zdravého prsu. Bradu dítěte je dobré nasměrovat k postiženému místu. Po kojení ještě prs odstříkat a přiložit studený obklad pro jeho zklidnění (14,17,38).

Mezi komplikace při kojení patří také *infekce plísněmi*. Matka si stěžuje na pálení a svědění dvorce nebo bradavky, později nastupuje prudká bodavá bolest. Kůže



je začervenalá, lesklá a napjatá, někdy se olupuje. Bolest je v některých případech tak velká, že ženy špatně snáší i tlak oděvu a dotyk je velmi nepříjemný. Matka, kterou pálí a svědí bradavky i mezi kojením, by měla být vyšetřena mikrobiologicky na přítomnost kvasinek. Jako pomoc se doporučují protiplísňové masti. Je třeba léčit nejen bradavky, ale i ústa dítěte pokud má soor. Kultivací lze zjistit i subklinický průběh infekce. Důležité je dodržování hygieny, zvláště pečlivé mytí rukou, častá výměna vložek a vyvaření všech pomůcek, které jsou používány matkou nebo dítětem (odsávačky atd.) (17,25).

*Přidatná žláza* se projevuje jako bolestivé zduření, nejčastěji v podpaží. Jako pomoc od bolesti se používají studené obklady. Nemělo by se odstříkávat (17).

*Nedostatek mateřského mléka* je komplikace, které se obává snad každá budoucí matka. Stává se, že již před porodem nebo po něm podceňují své schopnosti kojit. Domnívají se, že mají příliš malá prsa, aby dokázaly vytvořit dostatečné zásoby mléka pro své dítě. Tvorba mléka není však závislá na velikosti poprsí. Mnohdy ženy s malými prsy mají mléka nadbytek a ženy s velkými prsy mají s jeho tvorbou značné problémy. Mléko se totiž netvoří v podkožním tuku ani ve svalech na prsou, ale v mléčné žláze. Tvorba mateřského mléka je otázkou nabídky a poptávky. Čím častěji se dítě k prsu přiloží, tím více mléka se v prsu vytvoří (15,33).

Některým ženám se začne mléko tvořit se zpožděním, 5. -6. den po porodu. V této situaci je opět důležité dítě často přikládat, kojit 10-12x za den a zaměřit se na techniku kojení. Prsy během jednoho kojení 4x vystřídat a mezi kojením 8-10x odstříkávat po 10-15 v minutách. Opakovaným přikládáním dítěte k prsu dochází k vyplavování hormonů, které jsou důležité k tvorbě mléka. Je-li dítě hladové, lze vyjimečně toto období překlenout uvážlivým podáním dokrmu. Nikdy by se to však nemělo podávat savičkou, ale zvolit jinou alternativu krmení, např. lžičku, po prstu se stříkačkou nebo suplementorem a cévkou.

Jednou ze známek nedostatku mléka u dítěte je nedosáhnutí porodní hmotnosti do 3 týdnů, pomočení méně než 6-8 plen za den a méně než 3-6 stolic za den. Další známkou je zaostávání dítěte v růstových grafech (délkový a hmotnostně-výškový). Dítě neustále křičí nebo je naopak příliš spavé. Stolici má nahnědlou, zapáchající, ne



na prs, zastavit tok mléka tlakovou masáží. Ihned přerušit kojení, jakmile dojde k příliš rychlému toku mléka a dítě se začne zalykat. V kojení dále pokračovat po 1- 2 minutách, kdy se proud zpomalí (14,17,20,33).

Pokud se kojící ženě vytvoří *herpes neboli opar*, měla by o tom uvědomit svého gynekologa. Ten by jí měl poradit, jaká opatření, musí přijmout. Při výskytu oparu na ústech nebo obličejí, je důležité, aby nedošlo ke kontaktu postiženého místa s dítětem. V případě tohoto onemocnění musí matka postiženou oblast zakrývat, aby nedošlo ke kontaktu s dítětem. Pokud se opar vytvoří na prsu, může být novorozenci nebezpečný a matkám se nedoporučuje z postiženého prsu kojít. Pokud se však vyskytuje jinde, na obličejí, na genitálu, kojení není nutné přerušovat. Vyskytnout se může opar i u dítěte. V takovém případě se diagnóza potvrzuje odebráním kultivace. Pak se zváží riziko přenosu infekce kojením. Zvláštní pozornost se musí věnovat při kojení dvojčat, kdy matka kojí současně dvě děti (25).

*Spavé dítě* je také někdy vyskytující se problémem u kojených dětí. Aby se dítě naučilo správně sát, musí být bdělé. V některých momentech může být příčina spavosti dítěte podání silných léků v průběhu porodu. Jiné příčiny spavosti mohou být nízká porodní váha, předčasný porod nebo novorozenecké žloutenka. Pokud nedochází ke spontánnímu probuzení dítěte na kojení každé 2-3 hodiny, měla by matka dítě vzbudit. Dítě by z počátku mělo sát 10-12x během 24 hodin, aby se zahájila a stabilizovala tvorba mléka. Dítě může usnout i v průběhu kojení, matka ho tedy musí vzbudit. Někdy je nutný i střídavé přiložení k prsu po 1 minutě. Pokud je dítě přiloženo již na porodním sále, potřebuje minimálně 20-30 minut, než začne mít o sání zájem. Dobrým startem je v tuto chvíli kojení alespoň 30 minut. Po této námaze většina novorozenců tvrdě usne a samo se vzbudí po třech až čtyřech hodinách (25).

Pokud dítě dostatečně pilo v prvních dvou hodinách, je možné, že jeho potřeba mateřského mléka není tak veliká. Chuť a hlad se dostavuje opět až druhý den po porodu. Je však nutné si uvědomit, že časté přikládání je právě v tuto dobu velmi důležité pro spuštění laktace. Časté kojení také snižuje riziko novorozenecké žloutenky, která vrcholí třetí den po porodu. Časté přikládání, krom jiného, poskytuje dítěti

příležitost naučit se včas sát, tedy dříve než se prs nalije a sání se stane pro matku a dítě obtížné. Toto platí hlavně, pokud má matka vpáčené nebo ploché bradavky (25).

Je obtížné vzbudit dítě z hlubokého spánku. Úplný roaming-in v porodnici však dává matce dostatek prostoru a času, aby své dítě pozorovala a poznala chvíli, kdy jeho spánek není tak hluboký. Při mělkém spánku jsou vidět pohyby očí pod víčky, rty provádějí sací pohyb a tělo dítěte dělá malé pohyby. V této chvíli je dobré dítě probouzet. Matka by s ním měla navázat oční kontakt a mluvit na něj. Přitom držet dítě ve vzpřímené poloze a jemně s ním pohybovat. Pokud je dítě v zavinovačce, měla by se uvolnit. Možností je také svléknutí dítěte, protože sací aktivita se snižuje při teplotě nad 27 °C. Jako další stimulaci lze dítě hladit, ořítk obličej vlhkou žínkou, kroužit prsty okolo úst nebo dítě přebalit. Když už se dítě přisaje a jeho sání se zpomaluje, je dobré prsy vyměnit, nebo měnit alespoň kojící polohu (25,32,36).

Někdy se může stát, že *dítě preferuje jeden prs*. Každá matka má prsy nesterjné velká a nesterjného tvaru. Na jedné straně se může nacházet více mlékovodů, takže tok mléka je rychlejší a pro sání dítěte lehčí. Kojené děti proto mohou dávat některému z prsů přednost. Aby bylo zachováno pití mléka z obou prsů, je doporučené začít kojít z té strany, kterou dítě upřednostňuje. Jakmile se dostaví spouštěcí reflex, přesune se dítě k prsu, které dítě bojkotuje, aniž by se nějak výrazně změnila poloha matky. Pokud tento stav trvá nebo počal hned po porodu, musí se pátrat po příčinách (32).

Příčinou úplného *bojkotu kojení* je ve většině případů nesprávné přiložení dítěte k prsu. Mléko pak neteče a dítě se odradí kvůli neúspěchům při sání. Další příčinou může být i vůně matky. Opatrné musí být matky hlavně při používání parfémů. Také používání tělových mýdel s pronikavou vůní může dítě vnímat špatně. Odpor k přijímání mateřského mléka může též vyvolat kouření nebo jeho zápach. Nikotin v těle matky přechází do mléka a zatěžuje metabolismus dítěte. Dítě může také trpět kojeneckými kolikami nebo zvracením. Celkově pak neprospívá.

Další příčinou bojkotování kojení může být stres a nervozita matky, kterou dítě vnímá. Všechny partnerské neshody, pocit osamocení, strach o dítě, to vše dítě vnímá. Reaguje poté kromě odmítání prsu i pláčem, neklidem a nespavostí. Příliš nalitá prsa mohou bránit správnému přiložení. Dítě takový prs neumí chytit správně. Tento prs je

nutné dopředu trochu odstříkat. Mezi další případy, kdy dítě odmítá kojení je spuštění silného vypuzovacího reflexu, který byl již popsán (6,5,32).

Bojkot kojení může zapříčinit i ucpaný nos, infekce ucha a středouší, kýla, vrozená vada krční páteře, zlomenina klíční kosti a jiné. Někdy může tento stav nastat po prodělání mastitidy, kdy mléko z vyléčeného prsu má slanější chuť (32).

Pokud se narodí dítě s *rozštěpem patra*, neznamená to, že nemůže být kojeno. Rozštěp patra nedovoluje dítěti vytlačovat mléko do dutiny ústní vůči tvrdé přepážce. U těchto dětí se používají speciální dudlíky, jejichž součástí je destička překrývající defekt /velikost destičky se upravuje podle dítěte/. Častěji se dítě naučí pít normálním nebo delším dudlíkem. Měli by se vyzkoušet různé typy. Pokud to jde a dítě je možné kojít bez pomůcek, musí se prs před kojením zformovat odstříkáním. Poloha dítěte by měla být vzpřímená, aby tkáň prsu zakryla dítěti defekt a to mohlo polykat, bude-li tisknout jazyk ke zbytku patra (1,22,25).

Firma MEDELA nabízí pro takto postižené děti speciální sací lahvičku, tzv. Haberman /viz. příloha č.6/. Silikonový dudlík Haberman byl vyvinut speciálně pro děti se sacími problémy, zvláště pro děti s rozštěpem rtu nebo patra, děti Downovým syndromem nebo slabé děti pro operaci. Ventil v dudlíku umožňuje velmi pomalý tok mléka a zabraňuje polykání přebytečného vzduchu. Množství mléka a jeho tok mohou být regulovány dle potřeb dítěte (42).

*Baby colika* je stav, kdy dítě pláče více jak 3 hodiny denně, nejméně 3 dny v týdnu. Tato komplikace postihuje 15-40 % kojenců a začíná se vyskytovat ve 2. - 3. týdnu života a spontánně vymizí mezi 3. - 4. měsícem. Postihuje kojené i nekojené děti. Probíhá v návaznosti na jídlo, pozdě odpoledne a večer. Příčiny jsou zatím nejasné. Předpokládá se autonomní hyperaktivita, okolnosti kolem porodu a úzkostné stavy matky. Příčinou může být také intolerance proteinů či laktózy. U kojených dětí může být příčinou strava matky, tedy nadýmavé potraviny, kravské mléko či citrusové plody.

V případě, že se toto vyskytne, měla by žena vyloučit ze svého jídelníčku všechny nadýmavé potraviny, dítěti masírovat břicho. Matka by měla popíjet čaj s kmínem, koprem nebo fenyklový čaj. Dítěti je možné podat kapky na podporu peristaltiky /SAB simplex/ (34).

Spousta dětí dostane někdy *průjem*, nejčastěji je to průjem virového původu. Ten zbarvuje stolicí do zářivě žluté barvy. U dítěte se pak během dne vyskytne osm a více řídkých stolic. Průjem vyvolaný viry není potřeba nějak léčit, vyléčí se sám. Průjem by se v žádném případě neměl „léčit“ dočasným přerušением kojení (tzv. čajová pauza). Ani těmto dětem není nutné při plném kojení podávat tekutiny navíc. Varovným signálem je ale stav, kdy dítě pomoci méně než 6-8 plen denně, to je známka, že trpí nedostatkem tekutin. Dítěti by se neměly ani tehdy podávat žádné čaje, ale lékař by měl ženě doporučit speciální rehydratační roztok /Kulíšek/, který se koupí v lékárně a doplní dítěti vše potřebné (3,20).

#### **1.4 Kontraindikace kojení**

Jak již bylo zmíněno dříve, je výlučné kojení nejlepší způsob výživy dítěte do 6 měsíců. Přesto však existují situace, kdy je kontraindikováno kojení, ale dovolena výživa mateřským mlékem, nebo naopak (15).

Do kontraindikací *kojení ze strany dítěte* patří hlavně vrozené metabolické vady. *Galaktosémie* je onemocnění, kdy organismus dítěte nedokáže využít galaktózu a přeměnit ji v glukózu, protože mu chybí enzym na její štěpení (mléčný cukr laktóza je enzymem laktázou štěpen na glukózu a galaktózu). Příčinou je autozomálně-recesivně dědičný defekt. Četnost výskytu se udává 1 případ na 35 000 porodů. Při tomto onemocnění dochází ke hromadění toxického galaktózo-fosfátu v erythrocytech a tkáních, hlavně v játrech, mozku, ledvinách a ve střevě. Toto onemocnění je diagnostikováno brzy po porodu, protože se po prvním kojení objevují u dítěte zažívací obtíže jako například zvracení a průjem, jejichž důsledkem je velký váhový úbytek a celkové neprospívání dítěte. Současně se objevuje porucha jaterních funkcí, hypoglykémie a žloutenka. Na pohmat jsou zvětšená játra a slezina. Dalšími projevy jsou neurologické příznaky s ataxií a hypotonií. Dítě může zemřít během několika týdnů. Z dětské stravy musí být vyloučena laktóza, novorozenci nesmí být kojeni ani krmeny jiným mlékem obsahujícím laktózu. Tuto dietu musí dodržovat celoživotně (1,22,25).

Dalším onemocněním patřící do této skupiny je *fenylketonurie*. Je to nejčastější vrozená metabolická porucha metabolismu aminokyseliny fenylalaninu v důsledku chybění jaterního enzymu fenilalaninhydroxylázy. V naší populaci se vyskytuje asi 1 případ na 10 000 porodů. Dědí se autozomálně recesivně. Diagnostikuje se pomocí rutinního screeningu. Dítě musí být živeno stravou s nízkým obsahem fenylalaninu. Mateřské mléko obsahuje jen malé množství této látky, proto může být kojeno, ale hladina fenylalaninu musí být sledována. Pokud hladina stoupne, musí být mateřské mléko eliminováno nebo doplněno preparáty s nízkým obsahem fenylalaninu. Je podstatné zahájit léčbu v prvních dvou měsících, aby nedošlo k mentální retardaci a jiným neurologickým projevům (1,22,25).

*Nemoc javorového sirupu* je opět autozomálně-recesivně dědičnou poruchou. Podstatou je defektní metabolismus větvených aminokyselin, tedy valinu, leucinu a isoleucinu. Ty jsou součástí všech bílkovin. Vyskytuje se 1 případ na 200 000 porodů. I zde může být novorozenec částečně kojen a dokrmován speciální dietou za stálého sledování hladin aminokyselin. Pokud se onemocnění neléčí, objeví se rychle se zhoršující neurologické projevy a v prvních týdnech může dojít ke smrti dítěte (22,25).

*Kontraindikací kojení ze strany matky* je v případě těžkého *onemocnění srdce, jater, ledvin a plic*. Mezi omezující onemocnění patří *psychózy a těžké poporodní deprese*, kdy by mohlo být ohroženo zdraví dítěte. V prvních dvou poporodních týdnech se u žen vyskytují stavy podrážděnosti, smutné nálady, plačtivost a nespavost. Příčinou jsou hormonální změny v těhotenství a po porodu. Kojení není v tomto případě zcela zakázané. Současným trendem je neoddělovat matku od dítěte. Bezpečí matky a dítěte musí být však zajištěno. Pokud by se depresivní stavy prohlubovaly a trvaly déle jak dva týdny, je nutné tento stav sledovat pozorněji. Matky začínají mít strach z neschopnosti se o dítě postarat, úzkost, nezáměr o život, v některých případech až halucinace. Kromě psychické podpory zdravotnického personálu je neodmyslitelná podpora ze strany rodiny. Pokud je nutno volit medikamentózní léčbu, musí se brát ohledy na kojení a zvolit lék s ním kompatibilní. I při medikamentózní terapii je nezbytné matku sledovat. Každá tato situace se musí však řešit individuálně (22,25,27).

Při onemocnění matky *tuberkulózou* je všeobecně doporučováno neoddělovat matku a dítě a dítě může být za určitých podmínek kojeno. Tuberkulóza by měla být zjištěna již v těhotenství, následně léčena, aby se vyloučila nákaza dítěte. Léčit by se měli i osoby v kontaktu s matkou. Je-li matka s tuberkulózou v době porodu BK (Kochův bacil) negativní, musí být léčena a dítě ihned po narození naočkováno - pak nic nebrání kojení. Množství léku, které přijímá matka je malé a neruší účinek očkovací látky podané dítěti. Je-li matka před nebo po porodu BK pozitivní, je matka i dítě léčeno isoniazidem. Dítě je po přeléčení očkováno. Po určité době léčby matky lze začít dítě kojít. Je však nutné sledovat jeho stav (úbytek na váze, zvracení, častější pláč nebo apatie).

U infekčních onemocnění jako *jsou zarděnky, neštovice, spalničky a průušnice* může být dítě kojeno. Většinou už v době vypuknutí příznaků bylo dítě buď infikováno, nebo je již imunní. Výjimkou jsou neštovice. Pokud se vyskytne u matky vyrážka mezi 5 dny před porodem a 2 dny po porodu, neimunní matka nestačila dítěti předat protilátky, které sama doposud neměla. Jakmile začne imunita matky stoupat a intenzita onemocnění klesat, nové pustulky se tedy nebudou tvořit, je možné dítě kolem 6. dne začít kojít (22,25).

*Cytomegalie* neboli *cytomegalický virus (CMV)* se nejčastěji přenáší intrauterinně, může být příčinou vrozených defektů nebo onemocnění, zejména duševní retardace a nedoslýchavosti. Přítomnost viru v mateřském mléce však není kontraindikací ke kojení. Infekce se sice vyskytuje více u kojených dětí, ale průběh a následky jsou mírnější než u dětí nekojených (22,25).

Infekce *virem herpes simplex* je pro novorozence většinou těžké onemocnění. Dítě se infikuje při porodu má-li matka aktivní genitální lézi, nebo je jen asymptomatickou nosičkou této infekce. Pokud je infekce zjištěna na začátku porodu, je to indikací k provedení císařského řezu. V tomto případě není novorozenec ohrožen mlékem a kojení nic nebrání. Nutno však matku upozornit na důkladnou hygienu, aby nedošlo k přenosu infekce rukama, ústy nebo oblečením. Tato komplikace byla již popsána v předešlé kapitole popisující nejčastější problémy při kojení. Zde popisovaný problém se týká hlavně genitální léze (22,25).



Neodmyslitelnou kapitolou jsou i virové záněty jater. U různých typů hepatitid jsou způsoby přenosu, cesty expozice a léčba jiné. U *hepatitidy A* je perinatální přenos velice vzácný. Jestliže se u matky onemocnění projevilo 14 dní před porodem nebo 7 dní po porodu, je doporučení podat novorozenci gamaglobulin. Účinek však není jednoznačně znám. Naopak je známo, že zdravý novorozenec onemocní vzácně, není tedy důvod ho od matky izolovat. Nutné je dodržování hygieny rukou. Kojení se zahajuje co nejdříve a není nutno ho nikterak omezovat (26).

U *hepatitidy B* je transplacentární přenos možný, ale daleko větší riziko představuje přenos krví matky, plodovou vodou či vaginálním sekretem v průběhu porodu. Matka může být aktivně nemocná nebo nosička antigenu. V takovém případě dostane dítě hned po porodu specifický imunoglobulin a zahájí se očkování. Riziko přenosu infekce je malé, proto je možné kojit hned po porodu bez omezení (15,25).

*Lymeská borelióza* je infekce přenášena transplacentární cestou, přenos mateřským mlékem nebyl prokázán. Pokud je matka v akutní fázi onemocnění, měla by být ona i dítě léčeno. Dítě lze kojit.

*Toxoplasmosa* může být nebezpečná pro plod v těhotenství, hlavně v jeho počátcích. Přenos kojením opět nebyl prokázán. Dítě naopak dostává kojením protilátky od matky, proto je doporučováno (25).

U sexuálně přenosných chorob platí, že dítě může být infikováno při porodu, u *syfilisu* již během těhotenství. V tomto případě je nutné léčení po porodu. Pokud matka onemocní po porodu, v průběhu kojení, je také nutné zahájit léčbu. U *gonorey*, která se nepřenáší mlékem, je kojení možné. Matku lze léčit. U onemocnění *syfilis* je matka léčena antibiotiky, ty však musí být kompatibilní s kojením.

*Trichomoniáza* není dítěti nijak nebezpečná, komplikovat možnost kojení však mohou léky, které se podávají jako terapie matce. Při jednorázové dávce Metronidazolu je doporučeno přerušit kojení na 12-24 hodin a udržovat ho po tuto dobu odstříkáváním (25).

Infekci *virem HIV* je možno přenést přes mateřské mléko. Doporučení Světové zdravotnické organizace je kojení podporovat v rozvojových zemích bez ohledu na podíl infikovaných žen. V ostatních zemích, kde je dostupná umělá výživa, se však

kojení nedoporučuje. Je také možné zvážit pasterizaci mateřského mléka při teplotě 62,5 °C po dobu 30 minut, kterou je virus zničen (15,25).

Běžná infekce jako je *rýma, angína, zánět průdušek, chřipka, zvýšená teplota nebo zánět močových cest* není kontraindikací kojení. Dítě dostává přes mateřské mléko protilátky, které ho ochraňují před infekcí. A přestat kojit v době, kdy se organismus snaží bránit infekci, znamená ochudit dítě o obranné látky z mateřského mléka. A pokud dítě onemocní, je průběh mírnější neboť dostalo protilátky již od matky. Důležitý je větší přísun tekutin při zvýšené teplotě (3,25).

#### **1.4.1 Kojení a léky**

Při užívání léků je vždy nezbytná konzultace s lékařem. V zásadě lze říci, že v době kojení by ženy neměly užívat žádné léky. Jsou ale situace, kdy se matka bez léku neobejde. Většina běžných léků jako jsou Brufen a Paralen lze v běžných dávkách užívat. Jejich analgetický a antipyretický účinek nijak nevadí. Dalšími léky, které *lze podávat v době kojení* jsou antitusika /Ambrosan, Mucosolvan/, jakékoli nosní kapky při rýmě, antihistaminika proti alergiím /Claritine, Ternadin, Zyrtec/. Jako profylaxe astmatu a alergických projevů lze užívat Cromobene, nebo Cromohexal. Z antibiotik jsou nejvhodnější penicilinová a některá cefalosporinová/ V-penicilin, Amoclen, Augmentin, Duracef/. Nežádoucím účinkem při podávání antibiotik je mírný průjem u dítěte. Pokud je nutno použít anestetika, měla by žena udělat několikahodinovou pauzu (3,10,24).

Další skupinou jsou *léky rizikové*, tedy léky, u kterých se ví nebo se předpokládá, že by mohly u kojence vyvolat nežádoucí účinky. Potřebuje-li matka nutně nějaké léky, je na zvážení lékaře, který může vybrat mezi příbuzenskými léky takový, který je pro kojene dítě relativně nejméně nebezpečný. Matka musí být řádně poučena o nežádoucích účincích, které by se mohly na jejím dítěti projevit. Pokud k projevům dojde, je na zvážení léčbu ukončit, nebo ukončit kojení. Do této skupina léků patří především léky ovlivňující centrální nervový systém /terapie psychických chorob, antiepileptika). Dále sem patří antihypertenziva, antiarytmika nebo léky snižující hladinu krevních tuků. Nelze opomenout ani léky při chorobách žláz s vnitřní sekrecí (např. štítná žláza, nadledvinky). Nemalou skupinou jsou antibiotika (chinolony,

chloramfenikol, metronidazol, tetracykliny). Patří sem i léky, které tlumí tvorbu mateřského mléka, jako např. hormonální látky (estrogeny, androgeny, tamoxifen, bromokriptin), barbituráty, některá diuretika (např. Moduretic, Furon), některá antihistaminika (Dithiaden, Tavegyl, Prothazin). Absolutně kontraindikované léky během kojení jsou léky, u kterých předpokládáme, že by mohlo dojít k ovlivnění důležitých životních funkcí kojeného dítěte a jeho imunitního systému, centrálního nervového systému a v neposlední řadě by mohly mít negativní účinek na jeho růst. Jsou to cytostatika, imunosupresiva, návykové látky, radioaktivní izotopy, androgeny a estrogeny, strumigeny, lithium, námelové alkaloidy (10,25,27).

Pokud kojící žena užívá větší množství léků, je třeba myslet na kumulativní účinek léku. Velkou chybou je u léčby psychiatricky nemocných matek vysadit léčbu za předpokladu udržení laktace. O všech účincích léku by měla být matka dostatečně poučena a eventuálně zvážit zastavení či přerušeni kojení nebo další opatření. Dalším opatřením je např. vynechání večerního kojení, kdy je hladina léku největší (nahrazuje se odstříkaným mlékem nebo umělou výživou) (10, 25, 27).

Lékař předepisující ženě lék, by se měl vždy informovat o tom, jak často kojí, zda kojí plně, nebo jen několikrát denně s příkrmem, jak je dítě staré a jak prospívá. Matka musí být pak poučena o nežádoucích účincích léku na dítě, jak už bylo popsáno výše. V případě komplikací nebo nejasností kontaktovat pediatra. Užití léku se dá také do jisté míry načasovat tak, aby ke kojení nedocházelo v době jeho nejvyšší koncentrace. Pro většinu léků je to za 1-4 hodiny po požití. Ideální pro kojící matky je, pokud lze užít lék jen v jednodenní dávce. Tato dávka by se měla užít po posledním večerním kojení (10,25,27).

### ***1.5. Výživa kojící matky***

„Výživa kojící matky ovlivňuje její zdravotní stav a prostřednictvím mateřského mléka výživu a zdraví jejího dítěte. Mnoho žen si je tohoto vědoma a otázky výživy při těhotenství a kojení si kladou zodpovědní rodiče prakticky denně (3, s. 54)“.

Je sice pravda, že v době těhotenství a při kojení jí matka „za dva“. Neznamená to ale, že za dva dospělé, co se týká množství jídla a tím pádem přijaté energie. Nesmí se zapomínat, že část váhového přírůstku v době těhotenství, je určena právě na hrazení energetických výdajů, spojených s kojením. Ideální stav je, když matka ze své poporodní váhy ztrácí 0,5-1 kg měsíčně. Rychlejší hubnutí není vhodné. Při rychlém hubnutí se z těla uvolňují látky, které jsou uloženy v tělesném tuku a mohly by se dostat do mateřského mléka ve větším množství.

Množství energie, kterou matka potřebuje na pokrytí potřeby při kojení v prvních týdnech a měsících, je jen asi o 400 kalorií (1600 kilojoulů) na den. Jak nadbytek, tak nedostatek živin je při kojení nežádoucí a představuje určité riziko pro matku i dítě. Stav výživy matky je důležitý už před těhotenstvím. Ne vše se dá totiž změnit, začne-li se se změnami až v těhotenství. Některé součásti mateřského mléka jsou výživou ovlivnitelné a kolísají v závislosti na příjmu ve výživě matky. Mezi takto ovlivnitelné složky stravy patří hlavně vitamíny rozpustné ve vodě (B, C), vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D, K). Pokud těchto vitamínů má matka málo, mohou pak skutečně chybět v mléce. Příkladem je malé množství vitamínu B<sub>12</sub> u matek vegetariánek. Většina živin je však v dostatečné míře obsažena v obvyklé stravě, samozřejmě jen v případě, že ta je vhodně poskládána (2,3).

Podstatné je, aby byl jídelníček pestrý a obsahoval všech složek dostatek. Období kojení je z hlediska energie na složení stravy velice náročné. Příjem energie a živin musí být vyrovnaný. Nadbytečný příjem potravy nevede ke zvýšené tvorbě mléka, jak se někdy matky domnívají. Spíše je zatěžuje nadváha a zdravotní rizika s ní spojená. I žena s nízkým obsahem energie dokáže tvořit dostatečné množství mléka. Sama může však strádat (3).

*Bílkovin* přijímá žena většinou nadbytek. Nárůst potřeby bílkovin v průběhu laktace je relativně malý. Doporučený příjem bílkovin je u netěhotné ženy 0,8 g/ kg

tělesné hmotnosti. V období laktace se doporučuje přidat 11g pro krytí zvýšené energetické potřeby. Ani nižší příjem kvalitu a množství mléka nijak neovlivní. Naopak příliš velký příjem bílkovin je spojen s určitými zdravotními riziky, protože organismus neumí skladovat bílkoviny a jejich přebytek je přeměněn a ukládán ve formě tuků (3).

Co se týká kvality a složení *tuků*, měla by žena dávat přednost olejům rostlinným a rybímu tuku, před tuky živočišnými. Tuky jsou ze všech živin nejbohatším zdrojem energie. 50 % energie z mateřského mléka zajišťují právě tuky, které jsou nezbytné pro růst kojence a vývoj jeho mozku, sítnice a jiných tkání. Příjem nenasycených mastných kyselin (omega 3 a 6) během těhotenství a laktace příznivě ovlivňují duševní vývoj dítěte. Obsah těchto živin v mateřském mléce je závislý na příjmu potravou, organismus není schopen je sám vyrobit. Jestliže žena konzumuje převážně živočišné tuky, mateřské mléko pak ve zvýšené míře obsahuje nasycené mastné kyseliny a méně nenasycených mastných kyselin.

*Cholesterol* je látka tukové povahy, které se vyskytuje v buněčných membránách. V určitém množství je tedy tělo potřebuje k jejich obnově. Hladiny cholesterolu v mateřském mléce jsou stálé a nezávisí na příjmu cholesterolu matkou. Nadbytečné množství cholesterolu však nedokáže organismus matky odbourat a ten se pak ukládá do vnitřní stěny cév a přispívá k aterosklerotickému procesu (3,25).

Teze, že zvýšený příjem *tekutin* zvyšuje množství mléka, nebyla potvrzena. Naopak bylo zjištěno, že matky, které měly nadměrný přísun tekutin, tvořily mléka méně. Snížený obsah přijímaných tekutin rovněž nesnižuje tvorbu mléka.

Laktóza je hlavním *sacharidem* v mateřském mléce. Určuje množství mléka, její koncentrace v mléce je stabilní (25).

Potřeba *železa* se v období laktace nijak nemění od potřeby netěhotných žen. V období laktace totiž dochází k určitým kompenzačním mechanismům, které brání ztrátě železa. Dochází ke zvýšené střevní absorpci železa a mobilizaci zásob železa.

Železo potřebné pro tvorbu červených krvinek, se nejlépe vstřebává z masa. Zdrojem železa ve stravě je zejména maso červené, vnitřnosti, luštěniny a listová zelenina. Méně železa se vstřebává z rostlinné potravy, mléčných výrobků a vajec. Při nedostatečném příjmu železa nebo při poruše jeho vstřebávání se může u matky

rozvinout anémie. Spolu s tímto faktorem se na jejím vzniku podílí i nedostatek kyseliny listové, vitamínu B<sub>12</sub>, vitamínu C a A. Anémie se začne projevovat únavou, snížením psychické a fyzické výkonnosti a ovlivňuje funkci matčina imunitního systému. Obsah železa v mateřském mléce nezávisí na příjmu kojící matky, proto mírná anémie nemá vliv na stav železa u novorozence. Další důležitou funkcí železa je normální růst, vývoj nervové soustavy kojence a jeho pozdější chování a výkon (3,25).

*Zinek* je nezbytný prvek membrán buněk a má klíčový význam pro dělení buněk. Je proto nezbytný pro růst a vývoj organismu. Nejvyšší obsah zinku je v játrech, ledvinách, masu, rybách, ořechách a v mléce. Nedostatek zinku se u matky projevuje lomivostí nehtů, vypadáváním vlasů a nechutenstvím. Závažný nedostatek způsobuje u dětí opoždění růstu a poruchu funkce pohlavních orgánů. Nedostatečným množstvím zinku jsou ohroženy kojící ženy s nedostatečnou výživou, zvláště vegetariánky, alkoholičky a diabetičky (25).

Pro správnou funkci štítné žlázy je důležitý stopový prvek, *jód*. Je to prvek nezbytný pro zdravý růst dítěte a dobrý vývoj jeho psychomotorického vývoje. Nedostatečný přísun jódu může tedy způsobit strumu, poruchy růstu a neuropsychického vývoje dítěte. Nedostatek rovněž ovlivňuje imunitu a zvyšuje náchylnost k infekcím.

Zdrojem jódu jsou hlavně mořské ryby a jodidovaná sůl. Také některé minerální látky a jódem obohacené potraviny (3,25).

*Vápník* je minerální látka potřebná pro stavbu kostí a zubů, činnost srdečního svalu a srážení krve. Jeho nedostatek se projeví osteoporózou, vysokým krevním tlakem a výskytem nádorů tlustého střeva. Kojení je doprovázeno úbytkem minerálů v kostní hmotě, zvýšením kostního metabolismu a je omezeno vylučování vápníku močí. Vápník se z potravy využíván mnohem účinněji než mimo tato období a pokud je to nutné, odebírá se ze zásob matky, hlavně tedy z jejích kostí. Do 6 měsíců po skončení kojení se však při dostatečném příjmu obsah vápníku v kostech matky upraví. Mléko a mléčné výrobky jsou základními, nejlepšími a dostatečnými zdroji vápníku (3,25).

*Vitamíny* jsou další důležitou součástí stravy kojící matky. Dostatek vitamínu C zajistí přiměřený přísun čerstvého ovoce a zeleniny. Tento vitamín podporuje hlavně obranyschopnost organismu.

Vitamín D je nutný pro absorpci a metabolismus vápníku. Jeho nedostatek způsobuje křivici u dítěte a osteoporózu u matky. Jeho hlavním zdrojem je syntéza v kůži při slunečním záření. Dobrymi zdroji vitamínu jsou ryby, rybí olej, vejce, máslo, margarín a mléko. Vitamín D, vzhledem k tomu, že ho mateřské mléko obsahuje málo, se doporučuje všem dětem podávat 400 IU denně od 14. dne života po dobu 1 roku u dětí narozených na jaře a 1,5 roku u dětí narozených na podzim. Vitamín A ovlivňuje vytváření a obnovu slizniční bariéry, stimulaci imunitních funkcí, odolnost vůči infekcím zažívacího traktu a dýchacího ústrojí. Kojení chrání kojence před nedostatkem tohoto vitamínu. Kolostrum je na něj obzvláště bohaté. Zdrojem vitamínu jsou játra, červené maso, vejce, margarín, mrkev a rajčata (15).

Kojení klade velké nároky na zásoby *kyseliny listové* u matky. Množství kyselin listové v mléce je udržováno na úkor zásob matky až do té doby, dokud není matka silně deficitní. Suplementace kyselinou listovou obvykle nezvýší její sekreci do mateřského mléka, ale zlepší stav matky. Zdrojem kyseliny listové jsou ledviny, zelenina (hlavně salát, květák, zelí, kapusta, špenát, brokolice, zelené fazolky a chřest), ořechy, luštěniny, celozrnné výrobky, vejce, pomeranče, banány a pivovarské kvasnice (3,25).

Mnoho *bylin a bylinných čajů* může způsobit pozitivně i negativně na tvorbu mateřského mléka. Například šalvěj a máta peprná ve větším množství mohou způsobit snížení tvorby mateřského mléka. Lékořice může zvýšit krevní tlak. Mnohé byliny jsou součástí různých čajů, některé slibují zvýšení tvorby mateřského mléka. Na všech čajích by proto mělo být uvedeno, z jakých bylin se skládá. Matky, jejichž dítě trpí kolikami, by měly pít čaje s obsahem fenyklu a kmínu (15,25).

### ***1.5.1 Alkohol, kofein a kouření***

*Alkohol* se do mateřského mléka vylučuje jen v malém množství, ale novorozenec má sníženou schopnost jater odbourat z organismu tento jed. Může díky němu dojít ke změně chuti mléka. Pokud matka často a pravidelně pije větší dávku alkoholu, tvorba mléka kolísá. Zanedbatelná není ani snížená schopnost matky postarat se o dítě. Doporučením tedy je, nepít více jak 2 dl mírného alkoholu denně. Příležitostné mírné pití alkoholu není kontraindikací kojení.

*Kofein* má vliv na centrální nervový systém. V malém množství se vylučuje do mateřského mléka. Při běžném požívání nebyl prokázán škodlivý účinek na dítě. Požívá-li matka velké množství kofeinu v těhotenství, mohou se u dítěte po porodu vyskytnout abstinenční příznaky. Ty se projevují neklidem, podrážděností, neutišitelným pláčem a poruchami spánku. Stejně chování se dá vysledovat i u kojících žen s větším příjmem kofeinu, tedy více než tři šálky za den.

*Kouření* během kojení snižuje bezpochyby produkci mateřského mléka. Ovlivňuje vytváření hormonu zajišťující tvorbu mléka, tedy prolaktinu. I na dítě má nikotin negativní vliv. Děti se rodí s nízkou porodní váhou, neprospívají, mají opakovaně záněty dýchacích cest a zvýšený krevní tlak. Pokud matka není schopna přestat s kouřením, měla by ho alespoň vhodně načasovat (po kojení) a upravit množství cigaret na 5 denně (2,3,15,31).



### ***1.6 Odstříkání mateřského mléka***

Odstříkání prsu je alternativní metoda, která se používá k odlehčení plným prsům, při nadbytku mléka, při retenci (zadržování mléka), pro vytvarování bradavky a i v případě odloučení matky od dítěte. Rovněž je to způsob, jak získat mléko do zásoby. Odstříkání mateřského mléka se provádí buď ručně, nebo odsávačkami na mateřské mléko. Prsa by se měla na odstříkání mléka náležitě připravit a uvolnit. Používá se při tom hlavně masáž prsou podle Marmetové a je dobré ještě před tím prsa nahřát ve sprše nebo alespoň na ně přiložit teplý obklad. Ta spočívá v jemném tlaku na masírující tkáň prsu krouživými pohyby dvou až tří prstů dlaně. Kroužky se dělají postupně po celém prsu od místa, kde prs u hrudníku začíná, spirálovitě k prsnímu dvorci. Na místě, kde je cítit zatvrdlina, se setrvá delší dobu. Účinné je i jemné vibrování konečky prstů. Na závěr by se žena měla předklonit dopředu a jemně svými prsy zatřást. Lze takto masírovat oba prsy najednou. Nikdy se nemasíruje prsní dvorec (13,31,39).

Odstříkávat by se mělo raději rukou, protože odsávačka není tak šetrná, takže může způsobit otékání otačeného dvorce. Prs se odstříkává tak, že se špička palce a ukazováku postaví proti sobě do tvaru písmene C. Špičky prstů a bradavka tvoří jednu rovinu. Zbylé prsty a dlaň tlačí prs naplocho k hrudníku. Pohybem prstů směrem k bradavce se vytlačuje mateřské mléko, které začne po chvíli odkapávat. Pohyb by měl mít tři fáze: přitisknout dlaní, stlačit špičky prstů a posunout. Tento trojdobý děj by se měl opakovat a měnit pozici prstů u dvorce, tedy pootočením ruky ve směru hodinových ručiček uchopit prs stejným způsobem o centimetr dál. Prsty nesmějí při tomto ději sklouzávat po kůži a třít ji. Velký nebo příliš nalityý prs je možné podložit dlaní druhé ruky. Prsy se při odstříkávání musí měnit a doba odstříkávání by měla být kolem 20-30 minut (13,20,31,39).

Prsy není nutné odstříkávat po každém kojení. Zejména na začátku kojení může být tvorba mléka v nepoměru s potřebami dítěte. Zatímco některé matky musí mléko odstříkávat, jiné odstříkávají jen zpočátku, než se tvorba mléka ustálí. Některé neodstříkávají vůbec. Při používání odsávačky mléka je nutné, aby bradavka ležela uprostřed odsávacího trychtýře a sání nebylo příliš silné nebo dlouhé, protože by to mohlo poškodit tkáň bradavky. Poprvé by se mělo odsávat jen pět minut na každé straně

a tuto dobu pozvolna prodlužovat. Nejjednodušší je odsávat mléko přímo do lahvičky, ve které se bude skladovat (20,31).

### ***1.6.1 Uchování mateřského mléka***

Odstříkané mléko si matka uchovává pro případ vlastní potřeby, že by musela odejít a s dítětem by zůstal někdo jiný. Pokud je mléka opravdu velké množství, matka jej může darovat do banky mateřského mléka.

Mléko, které odsajeme během dne, můžeme bez obav nalévat do jedné nádoby uložené v chladničce. Čerstvě odstříkané a vychlazené mléko se může k tomuto přidat. Mateřské mléko lze skladovat v čistých vysterilizovaných nádobkách na mateřské mléko, které jsou vhodné zejména při zamrazování mléka. Mléko se může při pokojové teplotě skladovat 3 hodiny, 24 hodin v ledničce, 3-6 měsíců v mrazáku při teplotě -18 až -40°C. Rozmrazené mateřské mléko lze pak uchovávat při teplotě +4 až 6 °C v neotevřené nádobě 24hodin, pokud dojde k otevření, jen 12 hodin. Nejšetrnější způsob rozmrazení je při pokojové teplotě nebo pod tekoucí vlažnou vodou. Nikdy ne v mikrovlnné troubě (4, 6, 36).

### ***1.6.2 Banka mateřského mléka***

Mateřské mléko je jedinou fyziologickou potravou novorozence a kojence. Pokud dítě nemůže být z jakýchkoliv důvodů kojeno, měla by mu být poskytnuta plnohodnotná náhrada. Proto začaly ve světě vznikat banky mateřského mléka. První, kdo formuloval myšlenku o konzervaci mateřského mléka, byl pražský pediatr Epstein. Bylo to v roce 1907, v roce 1909 vznikla banka mateřského mléka ve Vídni. Nyní je v ČR 5 bank mateřského mléka (Hradec Králové, Most, České Budějovice, Česká Lípa, Praha-ÚPMD).

Od roku 1987 je v ČR zakázáno dle doporučení WHO kojit dítě cizí matkou či krmit dítě cizím neošetřeným mateřským mlékem, vzhledem k možnému přenosu HIV. Je tedy nutné darované mateřské mléko před podáním pasterizovat.

V Hradci Králové se v roce 1981 se na prvním celosvětovém kongresu s názvem "Human Milk Banking" stanovila pasterizační teplota na 62,5°C po dobu 30 min. Tato

teplota bezpečně zneškodňuje HIV, CMV. Kromě toho tato teplota ničí i jiné termolabilní viry.

Nemocnice, které mají banku mateřského mléka, musí mít vypracovanou strategii pro manipulaci a skladování mléka a zdravotnický personál musí být pravidelně školen. Sem mohou kojící matky nosit přebytečné mléko. To je pak rozmrazeno, pasterizováno, bakteriologicky a chemicky vyšetřeno. Dárkyně musí být zdravá (potvrzení od obvodního či závodního lékaře) a vyšetřena / HIV, HBsAg, BWR, AST, ALT, výtěry - krk, stolice, vyšetření moče/(16,30,36).

„Banky mateřského mléka a podpora dárcovství by se měly stát také součástí Národního programu podpory zdraví. Dárcovství mateřského mléka by mělo být chápáno celou společností jako doklad vysokého lidského a mateřského porozumění (16, s. 59)“.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl 1: Zjistit, zda měly ženy informace o kojení z prenatální péče.

Cíl 2: Zmapovat, zda zdravotnický personál edukuje ženy o správných technikách kojení na oddělení šestinedělí.

Cíl 3: Zjistit nejčastější problémy při kojení u žen na oddělení šestinedělí.

Cíl 4: Zjistit, zda kojící ženy znají způsoby řešení problémů při kojení na oddělení šestinedělí.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotéza 1: Ženy mají informace o kojení z prenatální péče.

Hypotéza 2: Zdravotnický personál edukuje ženy o správných technikách kojení na oddělení šestinedělí

Hypotéza 3: Nejčastějším problémem při kojení na oddělení šestinedělí jsou ragády bradavek.

Hypotéza 4: Kojící ženy znají způsoby řešení problémů při kojení na oddělení šestinedělí.

### **3. Metodika práce**

#### ***3.1 Metodika práce***

Pro výzkumné šetření této bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Ten probíhal ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze.

K potvrzení hypotéz byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, kde byly použity otázky otevřené, polootevřené a uzavřené. Dotazník obsahoval 28 otázek. Byl zaměřen na problematiku kojení. Otázky se netýkaly jen období kojení na oddělení šestinedělí, ale snaha byla zjistit, zda ženy navštěvovaly prenatální kurzy zaměřené na kojení. Pokládané otázky dávaly kojící matkám také možnost posoudit práci sester na oddělení šestinedělí. Cílem dotazníku bylo též zjistit, zda porodní asistentky přikládají po porodu matkám dítě k prsu a do jaké doby se tomu tak děje. Dotazník měl též zjistit, zda jsou ženy dostatečně poučeny o problémech při kojení a zda umí případné problémy řešit. Vyplnění dotazníku trvalo v průměru 15-20 minut.

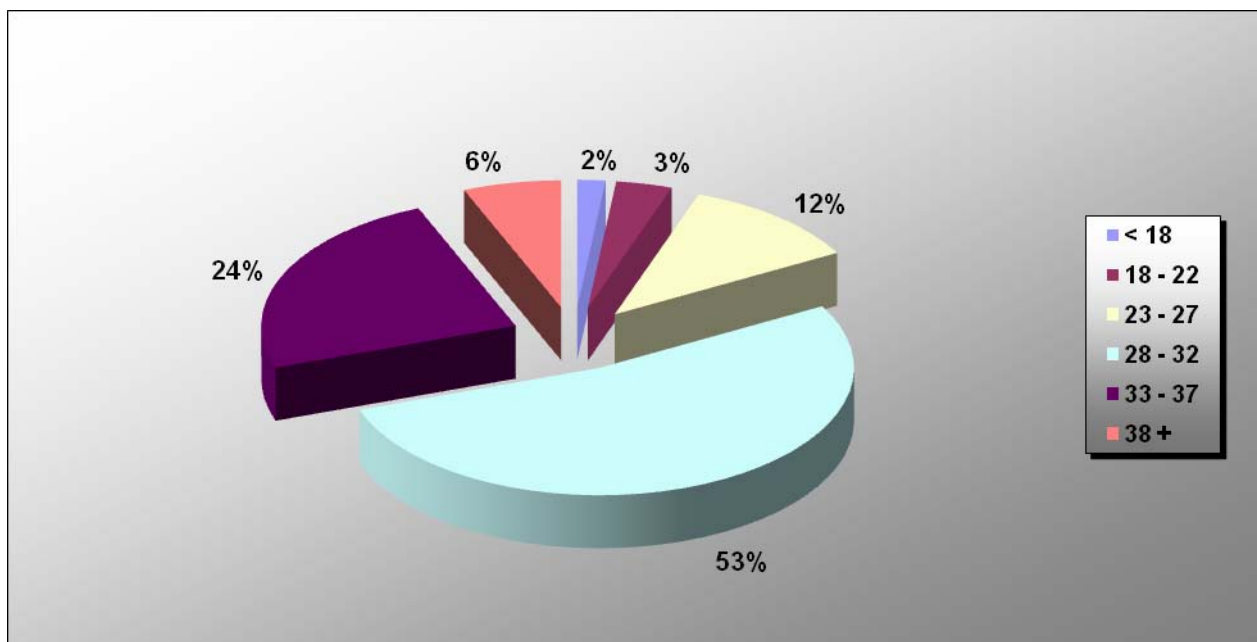
#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Zkoumanou skupinou tohoto výzkumu byly ženy na oddělení šestinedělí 3. den po spontánním porodu a ženy 5. den po porodu císařským řezem. Dotazníky byly rozdány náhodně ženám po porodu fyziologického novorozence, které byly ochotné dotazník vyplnit.

Před zahájením kvantitativního výzkumu byla provedena pilotní studie u sedmi respondentek, s cílem ověřit si srozumitelnost jednotlivých otázek dotazníku a zjistit časovou náročnost při jeho vyplňování. Při pilotáži bylo zjištěno, že některé ženy neznají význam slova „ragády“, proto byl do dotazníku přidán i srozumitelný výraz „trhlina“. Po úpravě této položky, již žádné problémy se srozumitelností dotazníku nebyly. Celkem bylo rozdáno 127 dotazníků, zpět bylo vráceno 112 vyplněných. Návratnost tedy byla 88 %.

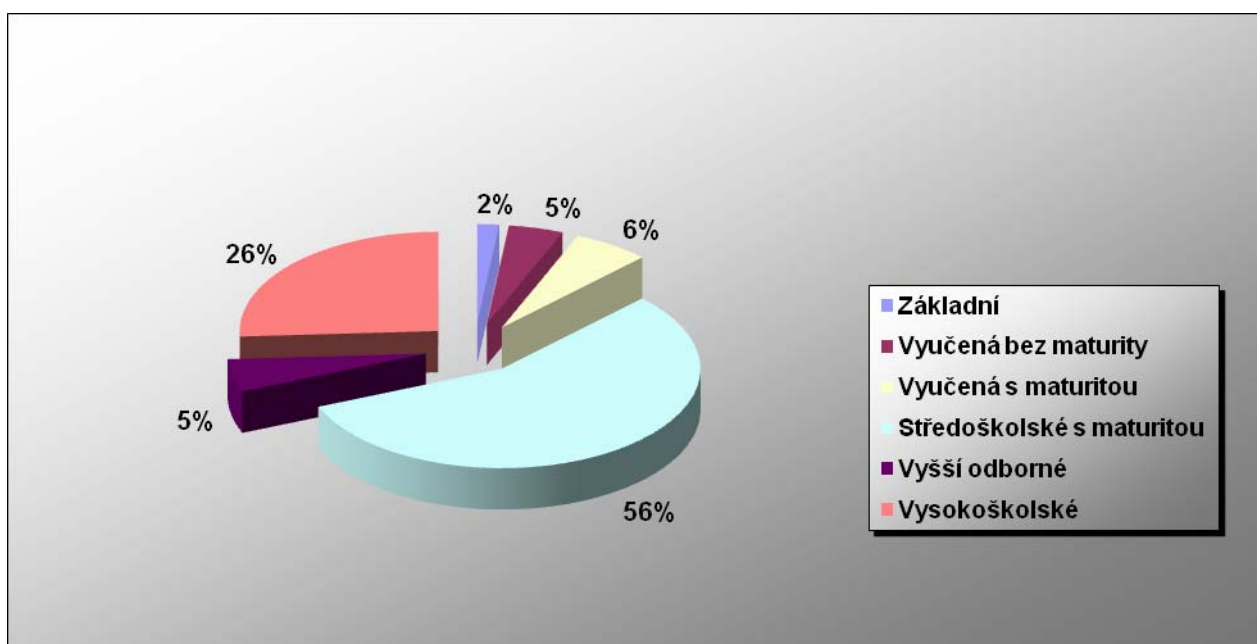
## 4. Výsledky

**Graf 1** Věk respondentek



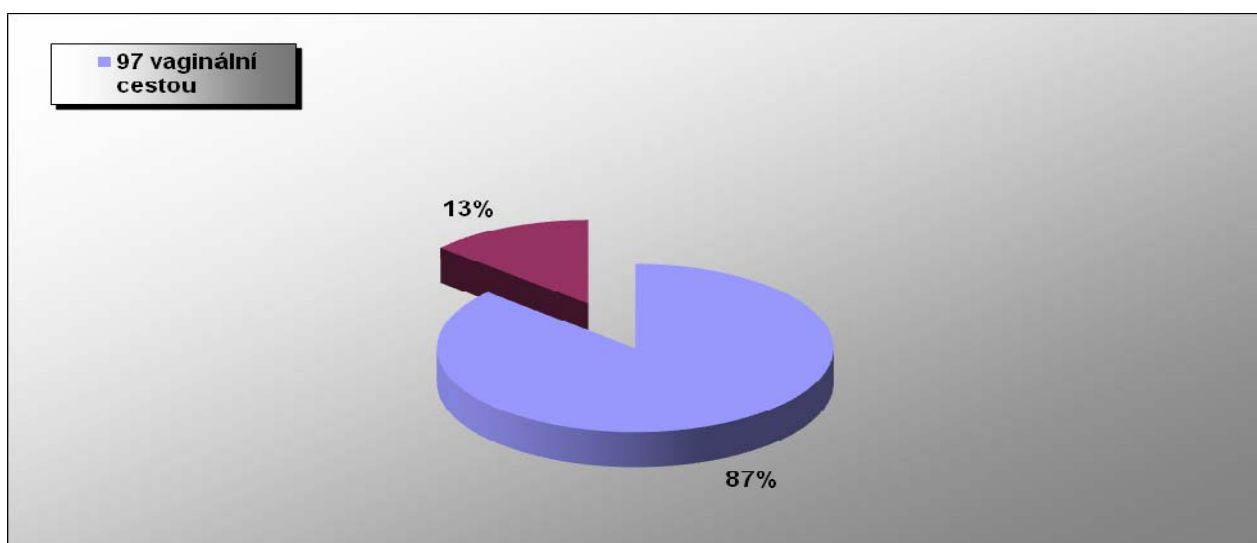
Ve sledovaném souboru 112 respondentek bylo 59 (53 %) ve věku 28-32 let, 27 (24 %) respondentek bylo ve věku 33-37 let, 7 (6 %) respondentek ve věku 38 a více let, 2 (2 %) respondentky byly mladší než 18 let, 4 (3 %) respondentky byly ve věku 18-22 let, 13 (12 %) respondentek bylo ve věku 23-27 let.

**Graf 2** Nejvyšší ukončené vzdělání



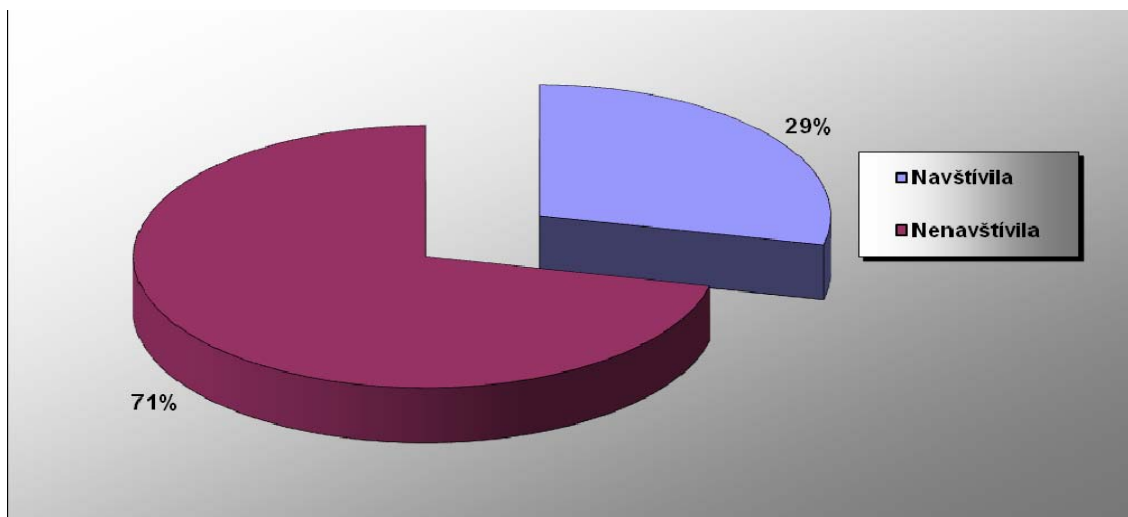
Vysokoškolské vzdělání mělo 29 (26 %) respondentek, vyšší odborné vzdělání mělo 6 (5 %) respondentek, středoškolské s maturitou 63 (56 %) respondentek, vyučených s maturitou bylo 7 (6%) respondentek, vyučených bez maturity bylo 5 (5 %) respondentek a základní vzdělání měly 2 (2 %) respondentky.

**Graf 3** Způsob porodu



97 (87 %) respondentek rodilo vaginální cestou, 15 (13 %) respondentek rodilo císařským řezem.

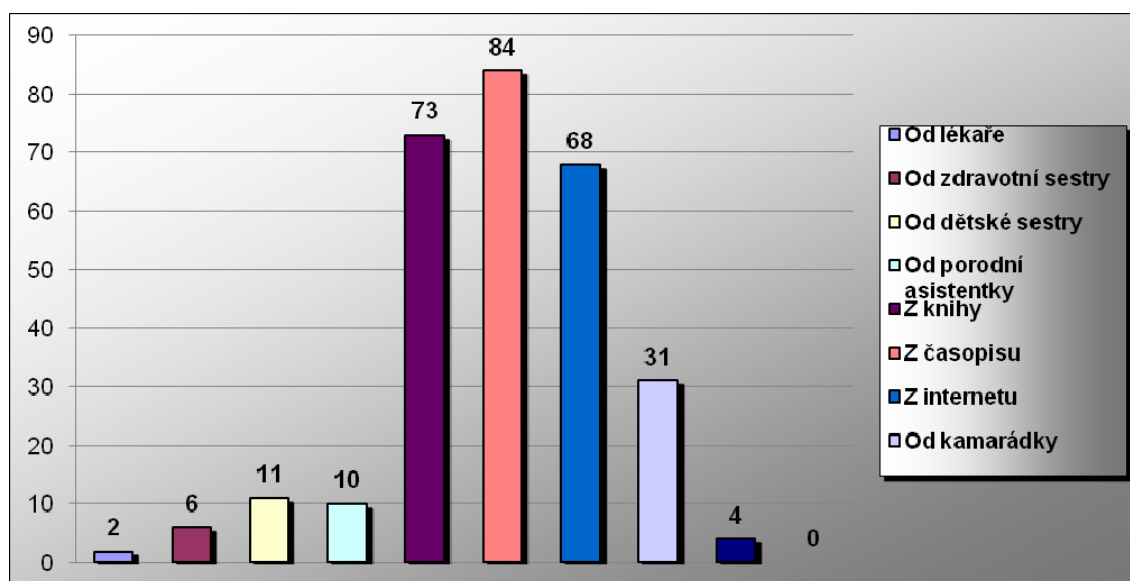
**Graf 4** Návštěvnost prenatalního kurzu zaměřeného na kojení



Prenatální kurz zaměřený na kojení navštívilo 32 (29 %) respondentek, nenavštívilo ho 80 (71%) respondentek.

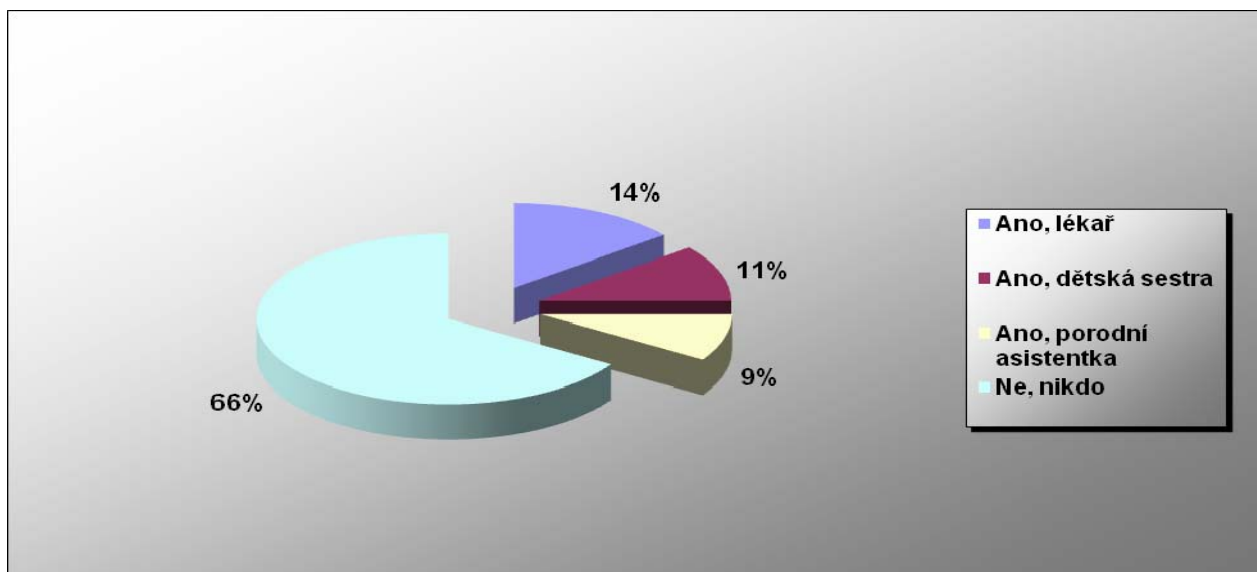


**Graf 5** Zdroje informací



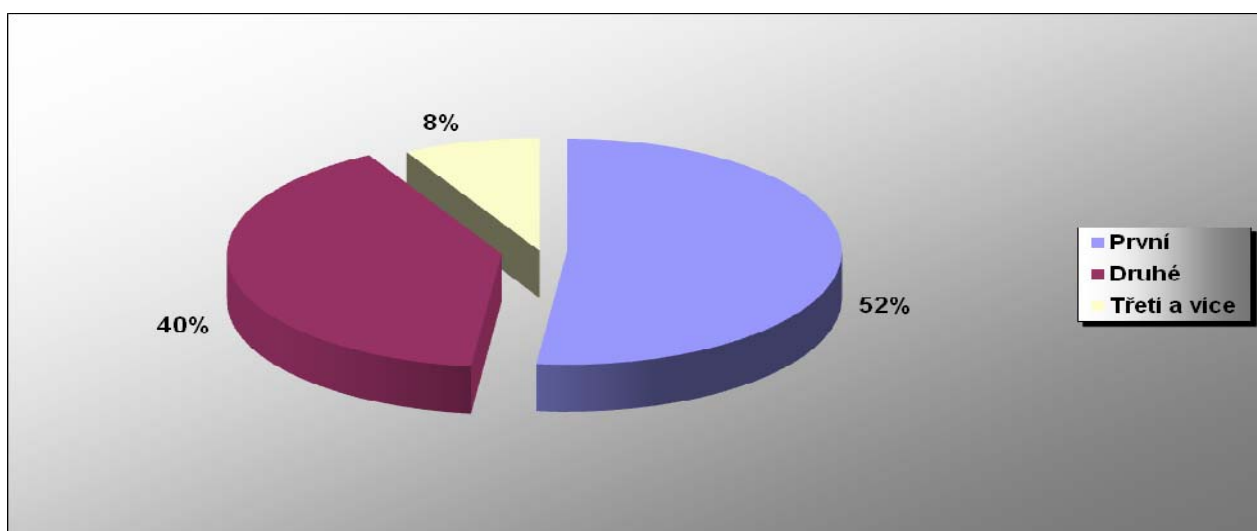
Graf znázorňuje četnost odpovědí, kdy z časopisů získalo informace 84 respondentek, 73 respondentek získalo informace z knihy, 68 dotázaných čerpalo informace z internetu, 31 získalo informace od své kamarádky, 11 žen získalo informace od dětské sestry, 10 respondentek od porodní asistentky, 6 respondentek do zdravotní sestry, 4 respondentky od své matky a 2 respondentky od lékaře. U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Graf znázorňuje četnost.

**Graf 6** Kontrola prsou v prenatalní poradně



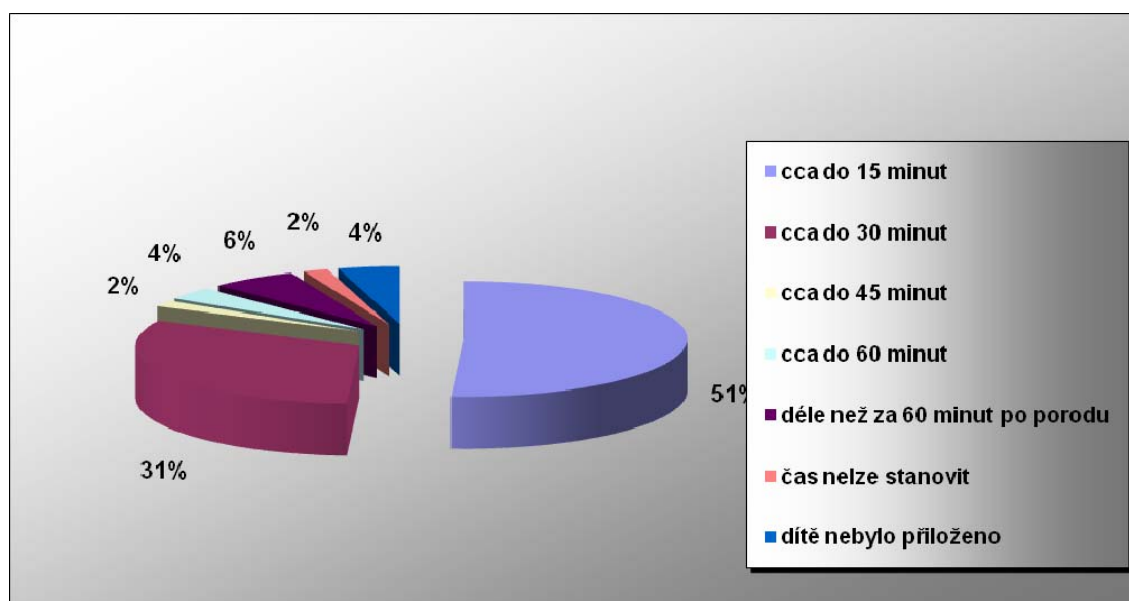
74 (66 %) respondentkám nikdo nezkontroloval prsa v prenatalním období , 16 (14 %) respondentek mělo prsa zkontrolována od lékaře, 12 žen (11 %) od dětské sestry a 10 (9%) respondentek mělo prsa zkontrolována od porodní asistentky.

**Graf 7** Kolikáté dítě dotazovaná kojí



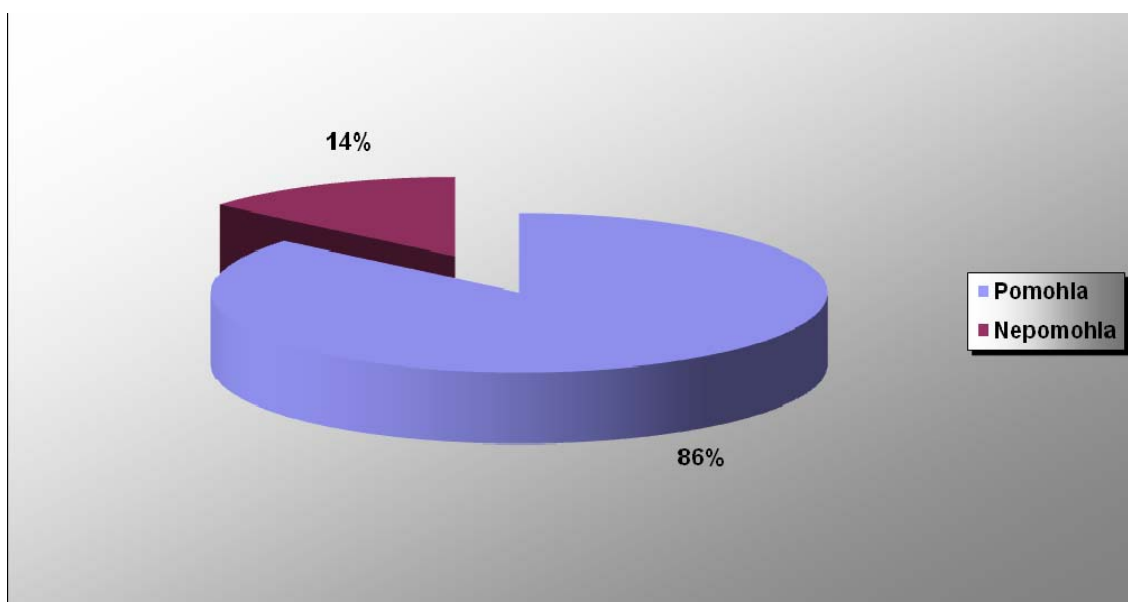
58 (52 %) dotázaných kojilo své první dítě, 45 (40 %) dotázaných kojilo své druhé dítě a 9 (8 %) kojilo své třetí dítě

**Graf 8** Odhad doby prvního přiložení



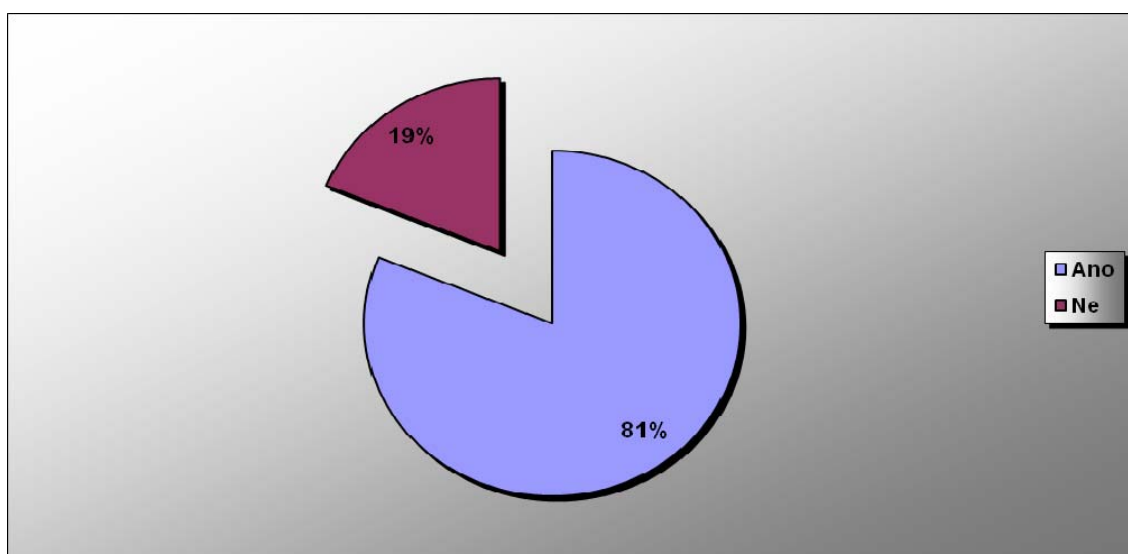
Ze 112 respondentek odhadovalo 57 (51 %) čas prvního přiložení do 15 minut, 35 (31 %) respondentek odhadovalo čas do 30 minut, 2 (2 %) respondentky odhadly čas do 45 minut, 4 (4%) respondentek odhadly čas do 60 minut, 7 (6%) respondentek čas delší než 60 minut, 2 (2 %) respondentky neodhadly čas a 5 (4%) respondentkám nebylo přiloženo vůbec.

**Graf 9** Pomoc s prvním přiložením



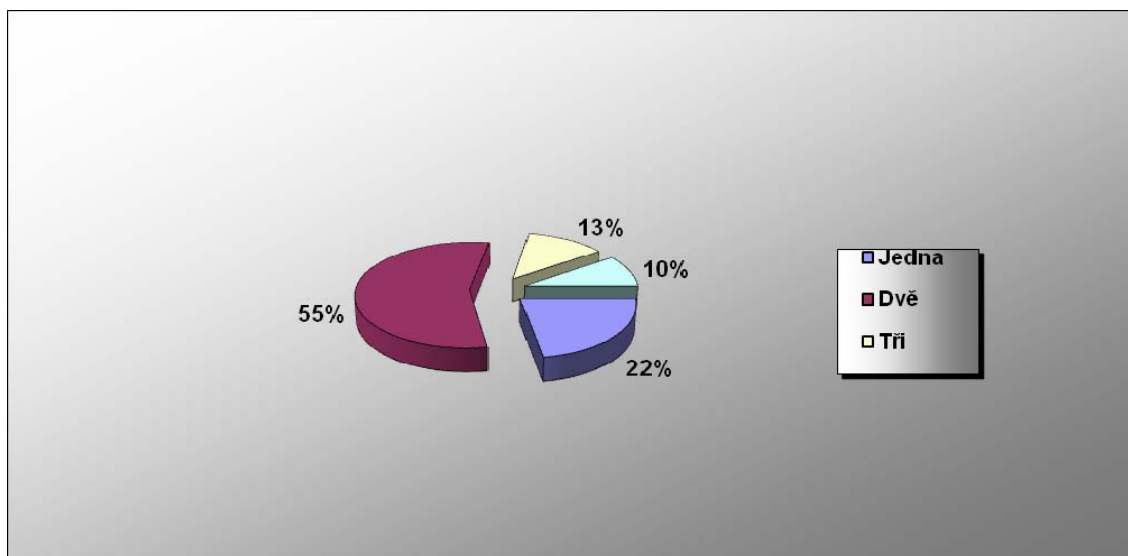
Zde se respondentky vyjadřovaly, zda první přiložení dítěte k prsu proběhlo za pomoci porodní asistentky. 81 (86 %) odpověděla ano, pomoc jim byla poskytnuta, 13 (14) respondentkám nebyla.

**Graf 10** Ukázka techniky kojení



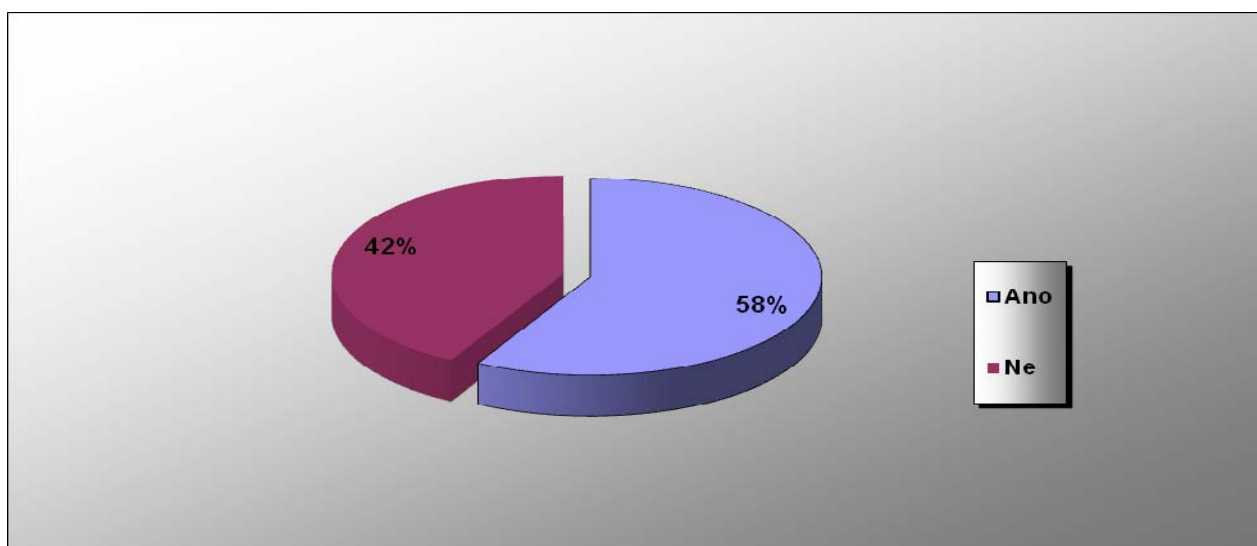
91(81 %) ženám byla technika kojení ukázána, 13 (19 %) nebyla .

**Graf 11** Množství ukázaných poloh při kojení



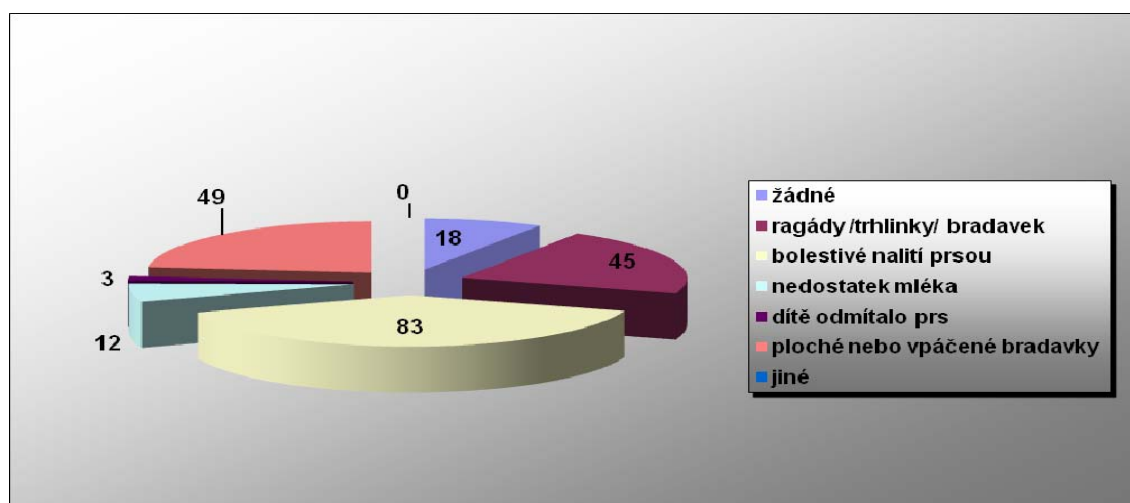
Jedna poloha při kojení byla ukázána 25 (22 %) respondentkám, dvě polohy byly ukázány 62 (55 %) respondentkám, tři polohy 14 (13 %) respondentkám a čtyři a více poloh bylo ukázáno 11 (10 %) respondentkám.

**Graf 12** Seznámení s pomůckami na kojení



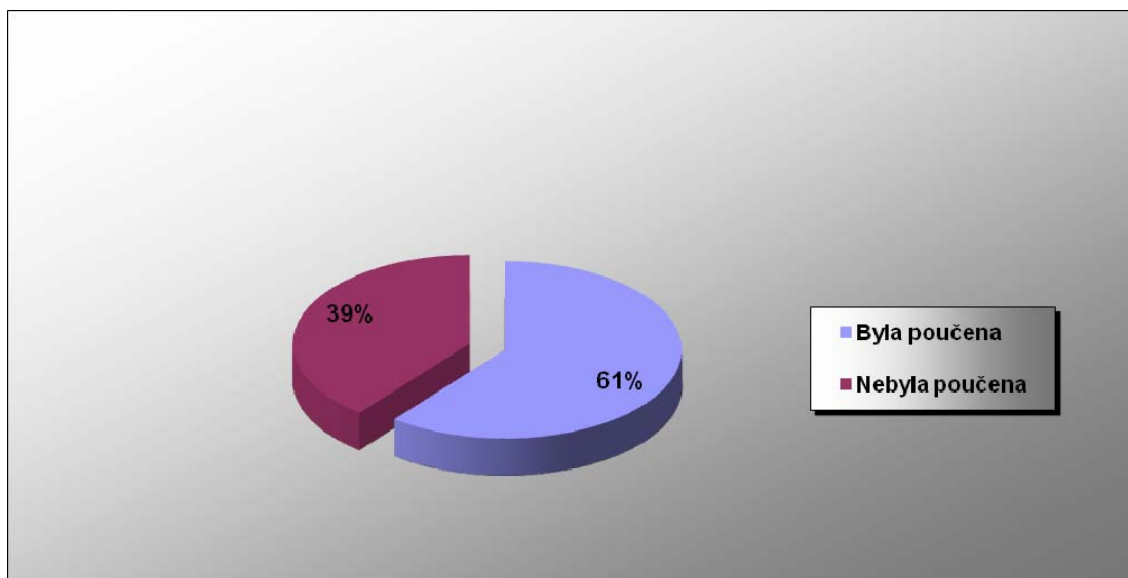
65 (58 %) respondentek bylo seznámeno s pomůckami na kojení, 47 (42 %) nebylo.

**Graf 13** Nejčastější problémy při kojení



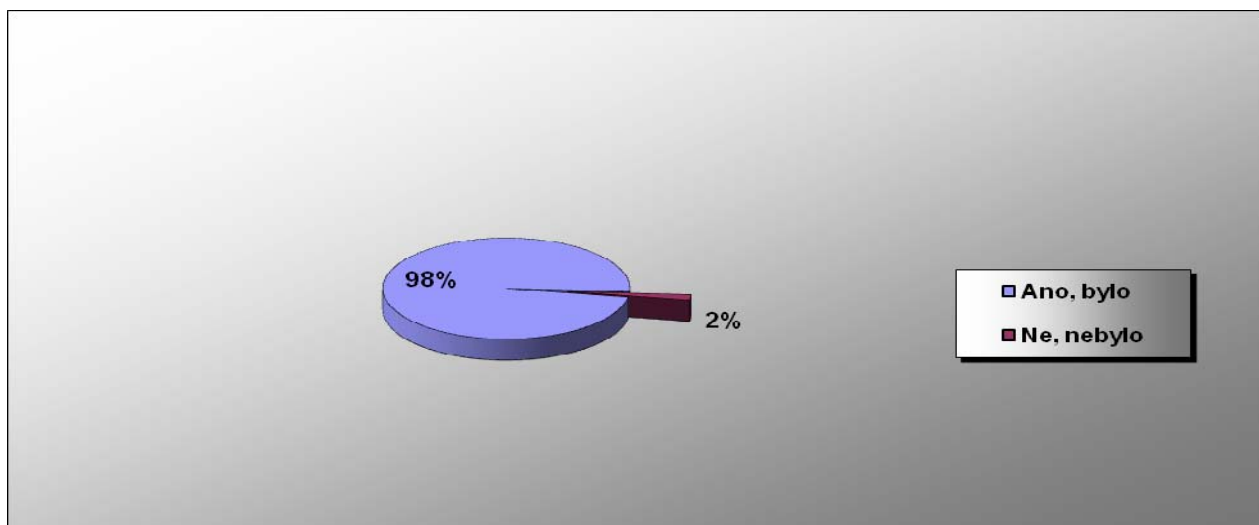
Nejčastějším problémem vyskytujícím se na oddělení šestinedělí bylo bolestivé nalití prsou, které se vyskytlo u 83 žen. Druhým nejčastějším problémem byly vpáčené nebo ploché bradavky, ty označilo 49 matek, 45 matek mělo problémy s ragádami prsních bradavek, 18 nemělo problémy s kojením žádné, 12 matek mělo nedostatek mléka, 3 matky měly problémy s odmítáním prsu. Jiné problémy se u kojících žen neobjevily. Zde mohly matky zaškrtnout i více odpovědí. Graf znázorňuje četnost.

**Graf 14** Odstranění problému při kojení



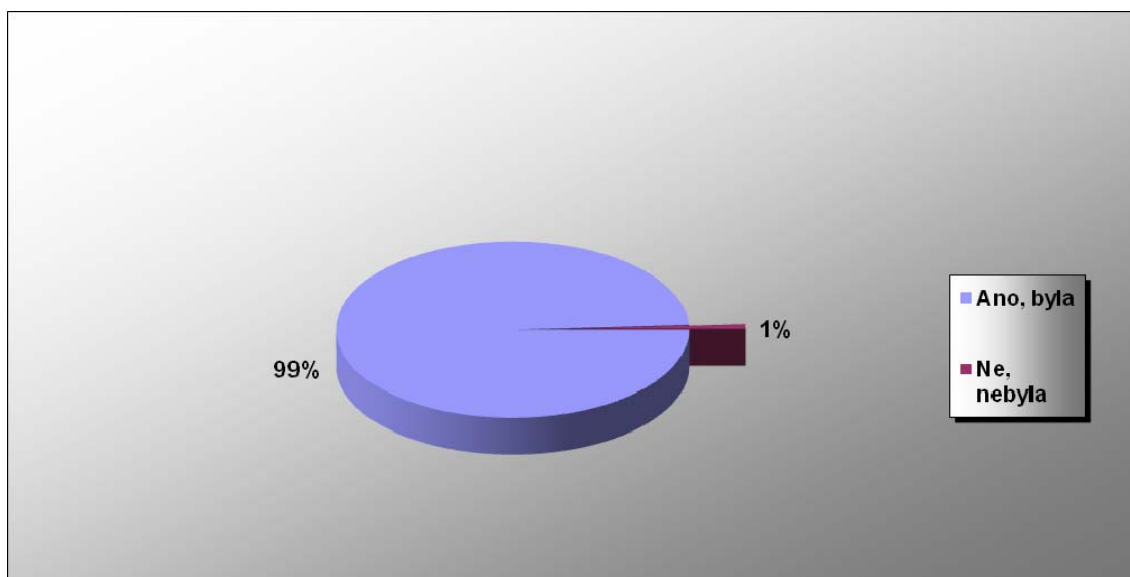
68 (61 %) respondentek bylo poučeno o technikách vedoucích k odstranění problému, 44 (39 %) respondentek nebylo dostatečně poučeno.

**Graf 15** Správné držení prsu



110 (98 %) respondentkám bylo ukázáno správné držení prsu, 2 (2 %) nebylo.

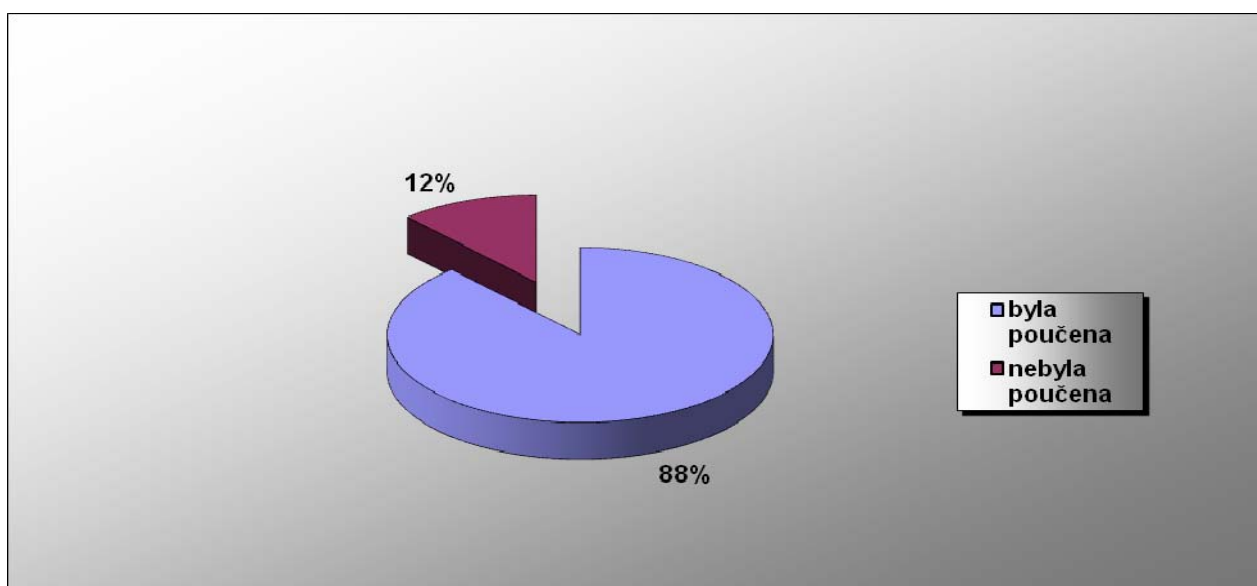
**Graf 16** Poučení o správném přiložení dítěte k prsu



111 (99%) respondentek bylo informováno o správném přiložení dítěte k prsu, 1 (1 %) nebyla.

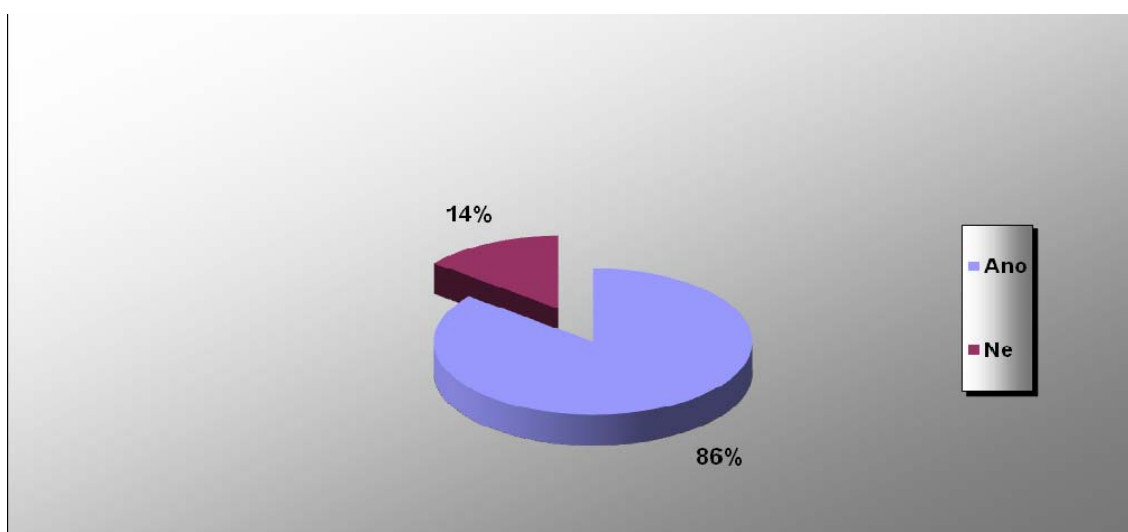


**Graf 17** Poučení o projevech správného sání dítěte



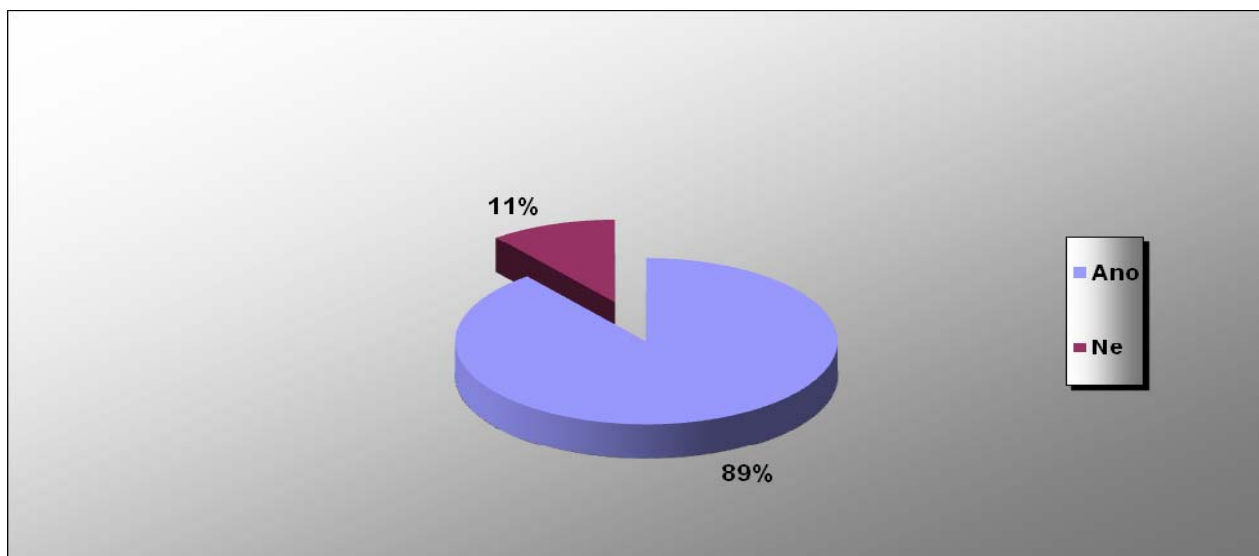
99 (88 %) respondentek bylo dostatečně poučeno o projevech správného sání dítěte, 13 (12 %) respondentek nebylo poučeno .

**Graf 18** Informace o délce kojení



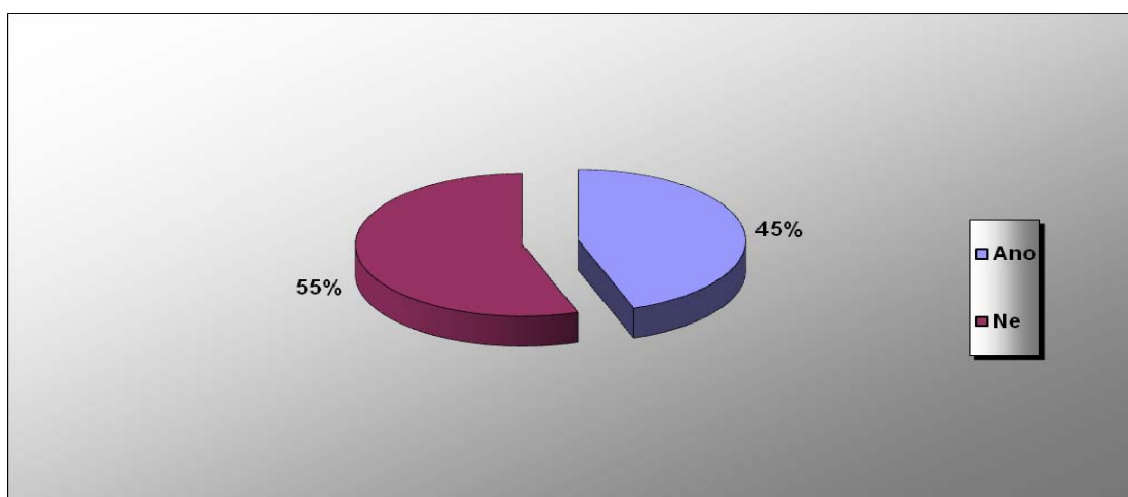
96 (86 %) matek bylo informováno o délce kojení během jednoho kojení, 16 (14 %) matek nebylo informováno.

**Graf 19** Poučení o nutnosti střídání prsů při kojení



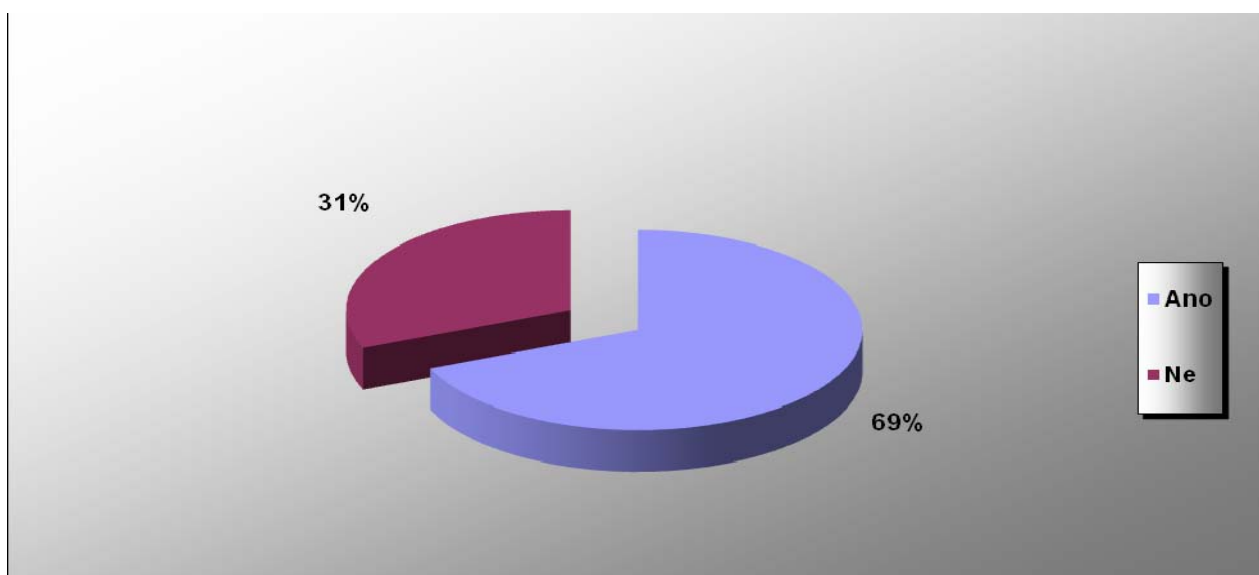
Poučeno o nutnosti střídání prsou při kojení bylo 100 (89 %) respondentek, nebylo poučeno 12 (11 %) respondentek.

**Graf 20** Informovanost o odstříkávání prsu



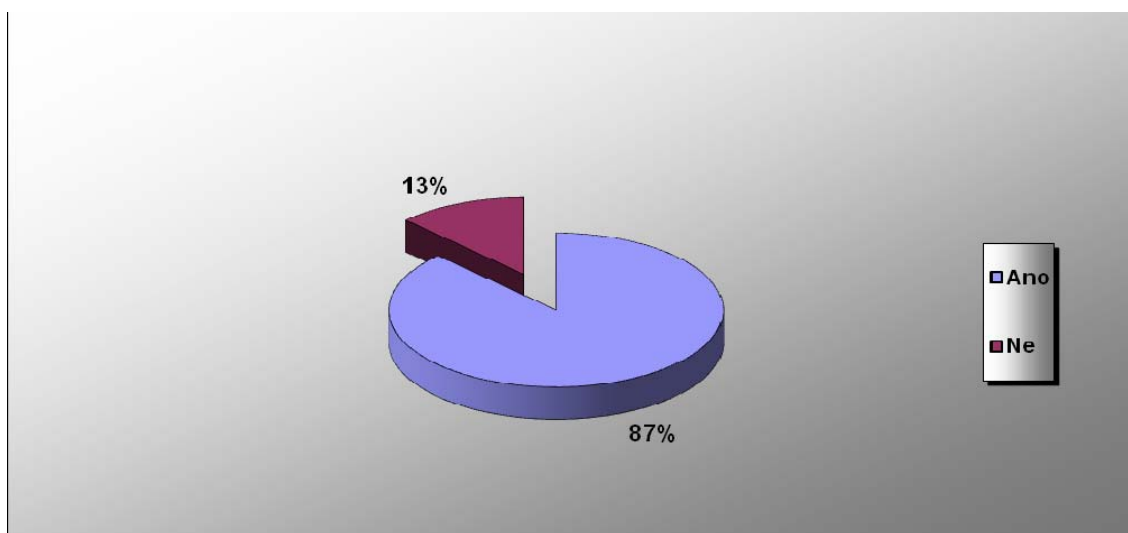
O správné technice odstříkávání prsu bylo informováno 50 (45%) respondentek, 62 (55 %) respondentek nebylo informováno.

**Graf 21** Kontrola techniky kojení



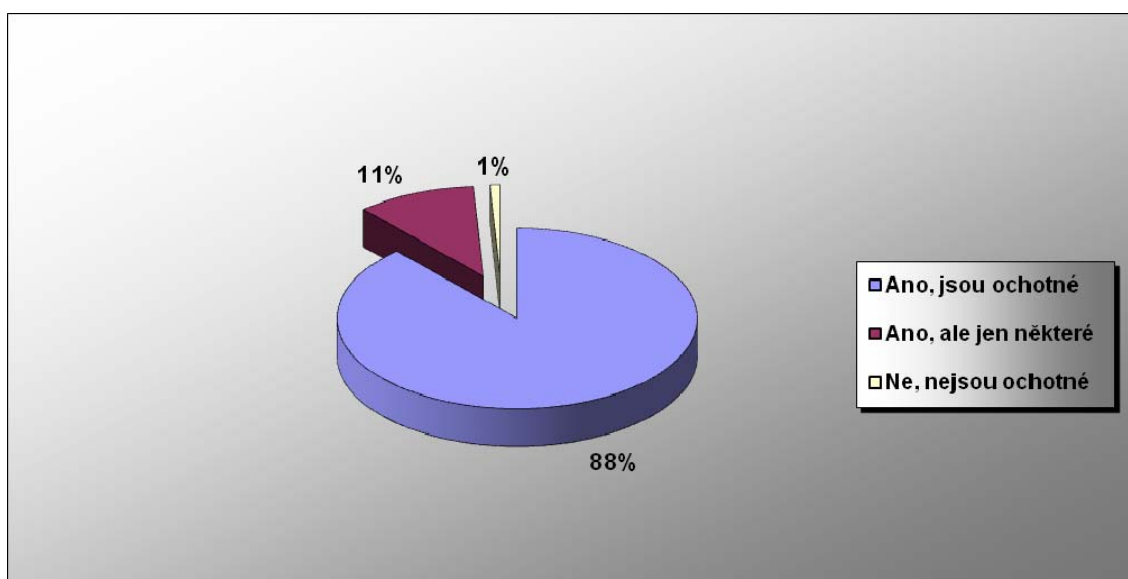
Technika kojení byla kontrolována u 77 (69 %) respondentek, u 35 (31%) respondentek ke kontrolám nedocházelo.

**Graf 22** Pomoc sester s kojením



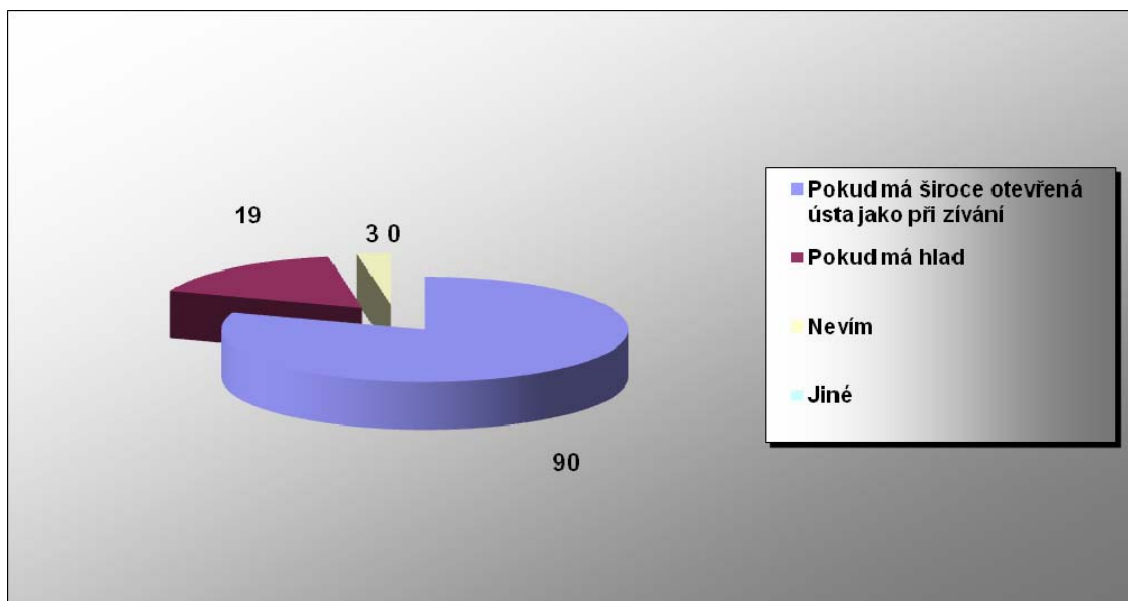
98 (87 %) matek odpovědělo, že jim sestry dostatečně pomáhaly při kojení, 14 (13 %) matkám nebylo dostatečně pomáháno.

**Graf 23** Ochota odpovídat na dotazy



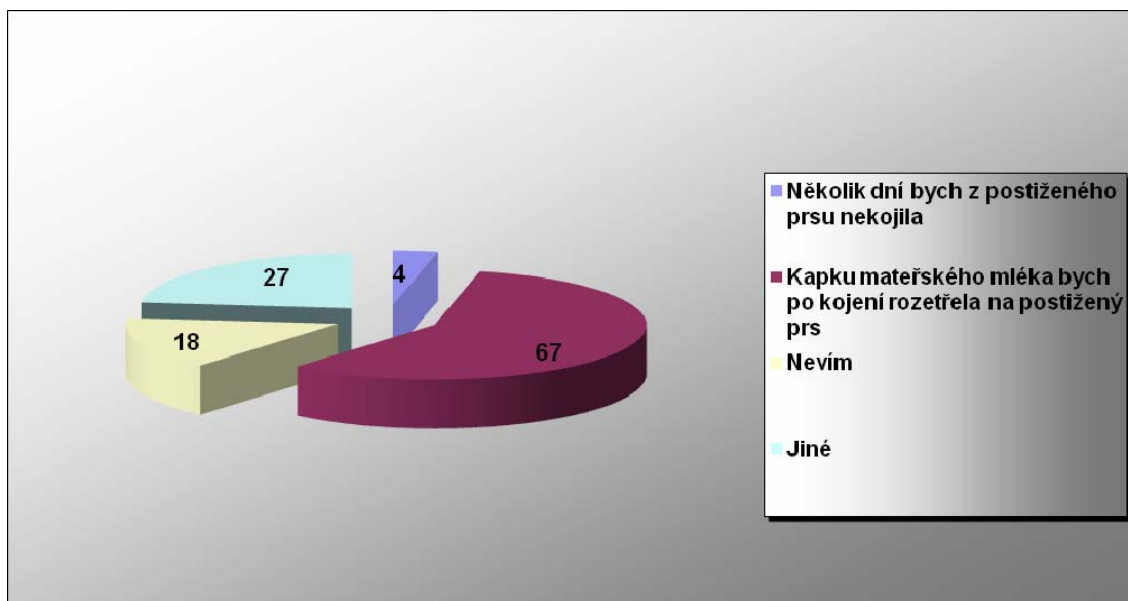
99 (88 %) respondentek odpovědělo, že dětské sestry jsou ochotné odpovídat na dotazy, 12 (11 %) respondentek odpovědělo, že jen některé sestry jsou ochotné a 1 (1%) respondentek odpovědělo, že dětské sestry nebyly ochotné odpovídat na dotazy matek.

**Graf 24** Správné přiložení dítěte k prsu



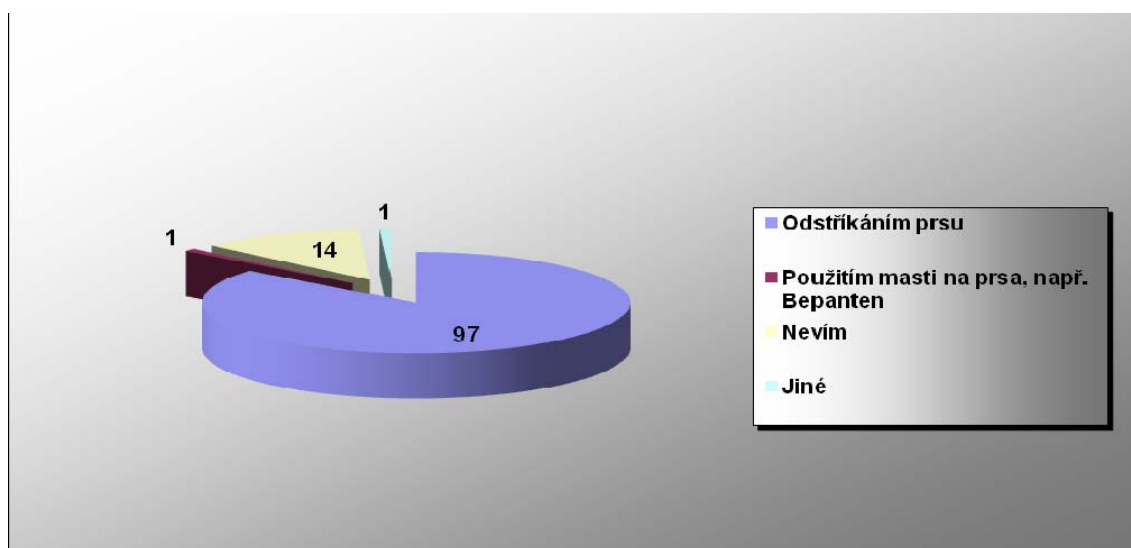
Na tuto otázku odpovědělo 90 (80 %) matek, že dítě musí mít široce otevřená ústa jako při zívání, 19 (17 %) pokud má dítě hlad, 3 (3 %) nevědělo a variantu „jiné“ nikdo nezvolil. Zde bylo možné zvolit více odpovědí. Graf znázorňuje četnost.

**Graf 25** Řešení bolestivých ragád



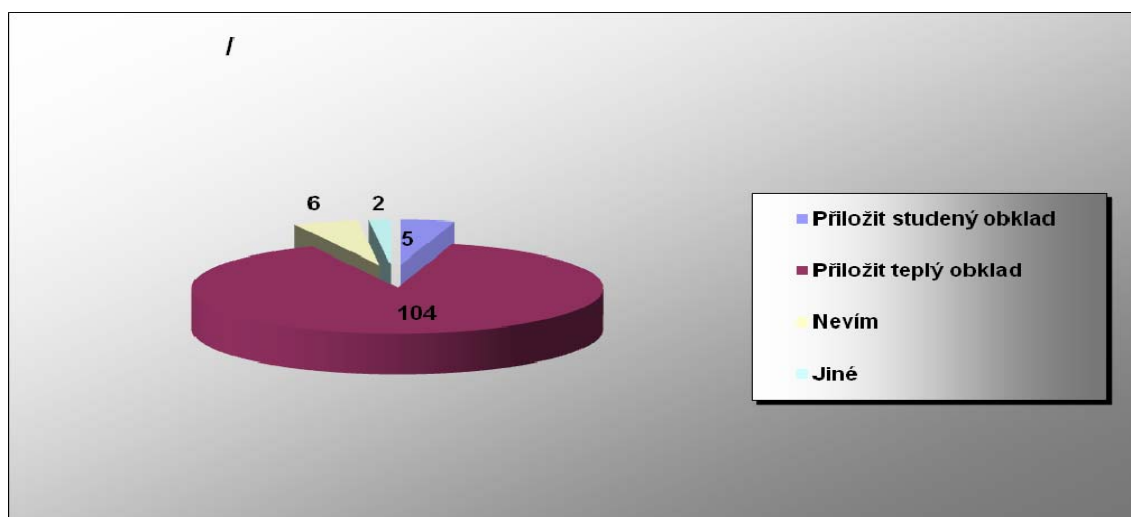
67 respondentek by bolestivé ragády řešilo kapkou mateřského mléka rozetřenou na postižený prs, 27 respondentek zvolilo „jiné“ a použilo by Bepanten, 18 respondentek nevědělo řešení a 4 respondentky by z postiženého prsu několik dní nekojila. Graf znázorňuje četnost.

**Graf 26** Řešení bolestivě nalitého prsu



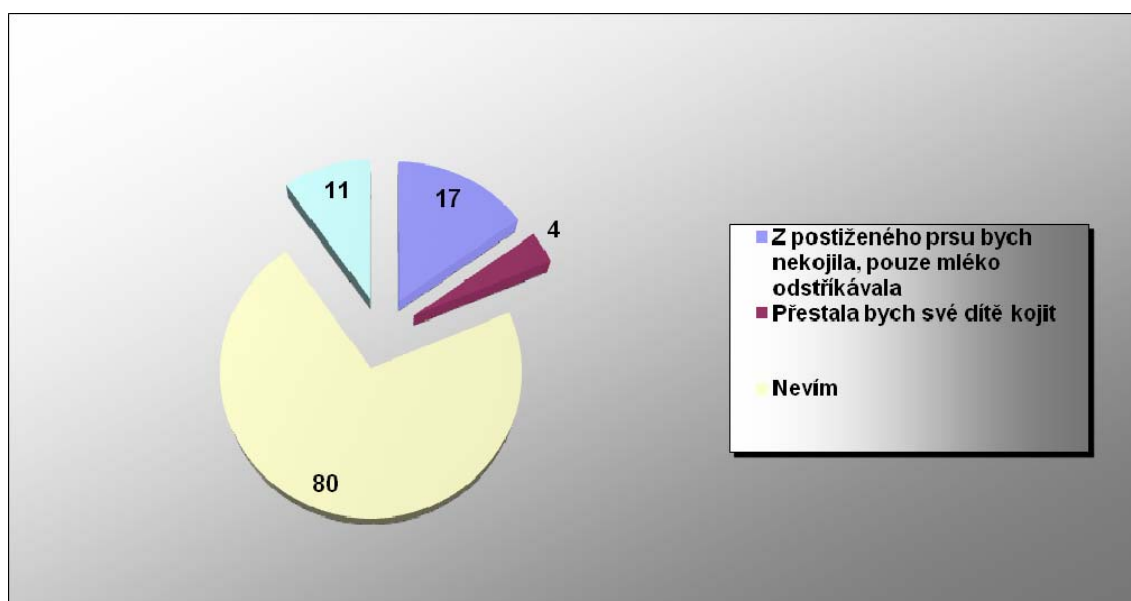
Bolestivě nalitý prs by 97 respondentek řešilo odstříkáním, 14 respondentek nevědělo řešení, 1 respondentka by použila Bepanten a 1 respondentka by využila teplé sprchy a poté by přiložila studený obklad. Graf znázorňuje četnost.

**Graf 27** Intervence před odstříkáním prsu



Respondenty odpovídaly, co se má udělat před odstříkávání prsu. 104 matek by přiložilo teplý obklad, 5 matek by přiložilo studený obklad, 6 matek nevědělo a 2 matky by prs masírovaly. Graf znázorňuje četnost.

**Graf 28** Opar na prsu



Pokud by se u respondentek objevil opar na prsu, 80 matek by nevědělo, co dělat. 17 respondentek by z postiženého prsu nekojila, pouze mléko odsrříkávala, 11 respondentek by se poradilo s lékařem a 4 respondentky by přestaly své dítě kojit. Zde bylo možno i více odpovědí, proto není vyjádření výsledku v procentech. Graf znázorňuje četnost.



## 5 Diskuze

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala problematiku kojení. V dnešní době každá budoucí matka ví, že to nejlepší, co může svému dítěti dávat hned od začátku jeho bytí na světě je mateřské mléko.

Kojení považuje většina budoucích matek jako samozřejmost. Přípravě na toto období tak nevěnují příliš velkou pozornost. Proto byl jedním z cílů práce zjistit, zda jsou ženy informovány o kojení již v prenatálním období. Z vlastní zkušenosti vím, že ženy se daleko více zajímají o porod, jak probíhá, co je čeká, a problematiku kojení opomíjí. Ve Fakultní Thomayerově nemocnici jsou tyto kurzy, zaměřené jak na porod, tak na kojení, také pořádány a proto vím, kolik žen navštěvuje kurz zaměřený na porod a kurz zaměřený na kojení. Graf 4 ukazuje, že jen 32 (29 %) respondentek ze 112, navštívilo kurz o kojení, je to tedy méně než polovina. Ženy, které tuto přednášku absolvují, jsou často překvapeny tím, jaké množství informací o kojení se ještě na těchto kurzech dovědí.

Jak uvádí Mydlilová (18), všechny těhotné ženy by se měly informovat již v prenatálním období o významu a prospěšnosti kojení a neopomenout ani techniku kojení. Dále uvádí, že by se všem ženám měla vyšetřit prsa se zřetelem na vpáčené bradavky. Jak je ale patrné z grafu 6, 74 (66 %) dotazovaných žen nemělo z prenatálního období prsa vůbec zkontrolována. Pouhých 16 (14 %) žen mělo prsa zkontrolována od lékaře, 12 (11 %) žen od dětské sestry a 10 (9 %) žen od porodní asistentky. Mydlilová také uvádí, důležitost vytipovat ženy, které již mají zkušenosti s kojením, ale jejich zkušenost je špatná. Matku je vždy nutno ujistit, že bude schopna kojít a eventuální potíže překonat.

Myslím si však, že tohoto lze jen těžko dosáhnout, pokud budoucí kojící matky nebudou samy projevovat zájem o toto téma. Graf 5 ukazuje, že ženy nejvíce čerpají informace z časopisů, z knih a z internetu. U těchto zdrojů je však nutné zamyslet se nad jejich věrohodností.

Při opětovném porovnání dotazníků, bylo vysledováno, že kurz zaměřený na kojení navštěvují zejména ženy s vysokoškolským vzděláním.

V brožurě „Kojení. Všechno co potřebujete vědět“ (13), je uvedeno, že zásadou kojení v porodnici je přiložit dítě k prsu ihned po porodu, nejdéle do 30 minut až 2 hodin. Sací reflex dítěte je totiž během prvních hodin po porodu nejsilnější a sekrece hormonů potřebných pro kojení ( prolaktin a oxytocin) nejvyšší. Proto mě zajímala doba prvního přiložení narozeného dítěte k prsu matky. Tuto dobu se matky snažily odhadnout a jak je patrné z grafu 8, nejčastěji (51 %) je matkám dítě přiloženo do 15 minut. Protože pracuji na porodním sále Thomayerovy nemocnice v Praze, kde tento výzkum probíhal, velice mě tento výsledek potěšil. I druhá nejčastěji odhadovaná doba prvního přiložení je uspokojivá, ženy totiž odhadly přiložení do 30 minut. 7 (6 %) respondentek uvedlo, že jim bylo dítě přiloženo za více jak 60 minut. Po opětovném přezkoumání dotazníků vyplynulo, že tuto dobu odhadovaly ženy po porodu císařským řezem. 5 (4%) respondentkám nebylo dítě přiloženo k prsu vůbec. Z dotazníků se ale i zde jeví u 4 žen jako možná příčina nepřiložení dítěte porod císařským řezem. U jedné z dotazovaných nebyla příčina shledána. Myslím si, že porod císařským řezem, přesto, že je to operace náročná, by neměla ženě a dítěti bránit v brzkém prvním kontaktu. Jak uvádí Mydlilová(17), i v případě, že matka či dítě potřebují naléhavou zdravotnickou péči, kontak kůže na kůži by měl být matce a dítěti umožněn jakmile to jejich stav dovolí. Proto i u nekomplikovaného císařského řezu, by tento kontakt neměl být matce a dítěti upírán.

V roce 1989 vzniklo společné prohlášení Světové zdravotnické organizace a dětského fondu Unicef s názvem Ochrana prosazování a podpora kojení. Záměrem tohoto dokumentu bylo upozornit na významnou roli, kterou hrají zdravotníci při podpoře kojení. Těchto deset kroků pro podporu kojení je určeno pro všechny zdravotnické pracovníky, kteří jsou zodpovědní za péči o matku a dítě(17). Graf 9 znázorňuje pomoc porodní asistentky s prvním přiložením na porodním sále. V souladu s dokumentem Deset kroků k úspěšnému kojení, jsou všechny porodní asistentky, pracující na porodním sále FTN, vyškoleny jako laktační poradkyně. Graf ukazuje, že 81 (86 %) respondentkám byla poskytnuta pomoc při prvním přiložení dítěte k prsu, 13 (14%) respondentkám pomoc nebyla poskytnuta. Jak však ukazuje graf 7, dotazník vyplňovaly ženy prvoroďičky, druhorodičky i víceroďičky. Lze tedy

usuzovat, že ženy, které rodily potřetí a více 9 (8 %), již pomoc porodní asistentky nepotřebovaly. Zpětným dohledáním v dotaznících se tato teze potvrzuje. Všechny prvorodičky uvedly v dotazníku, že jim byla pomoc poskytnuta. Ze 13 respondentek, kterým nebyla tato pomoc poskytnuta bylo 9 žen kojících své třetí dítě a 4 ženy kojily své druhé dítě.

Velemínský (29 ) uvádí, že obtíže s kojením se v počátku objeví téměř u každé ženy. Graf 13 ukazuje, že ze 112 žen nemělo žádné problémy při kojení v nemocnici pouhých 18. Při zpětném prozkoumání vyplněných dotazníků vyplynulo, že z oněch 18 žen nemajících žádný problém, bylo 8 žen, které kojily své třetí dítě, 9 žen, které kojily své druhé dítě a pouze jedna žena kojila své první dítě. Opět se zde potvrzuje, že problematika kojení by měla být neustále zdůrazňována. Dále Velemínský uvádí, že častým důvodem k přerušení kojení jsou problémy s prsními bradavkami, zejména tedy ploché a vpáčené. I graf 13 tuto komplikaci plochých nebo vpáčených bradavek znázorňuje jako druhým nejčastějším problémem. Za základ bezproblémového kojení s plochými nebo vpáčenými bradavkami uvádí dodržení správné techniky kojení s důrazem na vhodnou vzájemnou polohu matky a dítěte. V článku „Když nastanou problémy u donošených“ upozorňuje Černá (1) na nošení tzv.formovačů prsních bradavek, které by se měly používat v poslední třetině těhotenství. Lze je též nahradit podprsenkou s vystřiženým otvorem. Tato péče dokáže velice vylepšit tvar bradavek, ale jak zde zdůrazňuje, dítě se nepřikládá k bradavce, ale k prsu. Po porodu by pak měly tyto matky své bradavky před každým kojením vytvarovat a pak teprve dítě přikládat.

Kudlová a Mydlilová ve své knize (12) uvádějí, že dodržením techniky správného přiložení dítěte k prsu, lze předejít komplikacím a matčina prsa tak netrpí. Graf 10 ukazuje, kolika kojícím matkám byla technika kojení ukázána. 91 (81%) dotázaných žen uvedlo, že jim byla technika kojení ukázána, 13 (19 %) ženám technika ukázána nebyla. Z dotazníků však vyplývá, že z oněch 13 žen, je 8 žen kojících své třetí dítě a 5 žen kojících své druhé dítě.

Prvním z cíl práce bylo zjistit, zda měly ženy informace o kojení z prenatální péče. Míra informovanosti je znázorněna v grafech 4,5 a 6. Graf 4 udává, že počet

žen, které se zúčastnily předporodního kurzu zaměřeného na kojení, je 32 (29 %). Graf 5 ukazuje i jiné zdroje, ze kterých ženy čerpaly. Nejvíce informací 84 (75 %) bylo získáno z časopisů, 73 (65 %) respondentek získávalo informace z knihy a třetí nejpočetnější skupinou 68 (60%) odkud byly čerpány informace byl internet. Z průměru (52 %) lze tedy potvrdit hypotézu č. 1, že ženy mají informace z prenatálního období. Myslím si, že míra informovanosti žen o problematice kojení již v prenatální péči má pak vliv na výskyt problémů při kojení.

Jak uvádí Mydlilová (17), základním předpokladem úspěšného kojení je vzdělání obou rodičů před a po porodu dítěte ohledně kojení. Proto by prenatální kurz zaměřený na toto téma měli navštěvovat i budoucí otcové. Z vlastní zkušenosti ale vím, že otcové tento kurz téměř vůbec nenavštěvují. V tomto kurzu by měl být vysvětlen nejen význam kojení, nacvičení správné techniky kojení, ale ženy by měly být poučeny též o projevech správného sání, o odstříkání mateřského mléka a o délce kojení. Měly by být zde také poučeny o zavádění odpovídající doplňkové stravy v 6 měsících věku dítěte. Poukazuje zde také na nutnost, vysvětlit budoucím rodičům následky používání lahví a dudlíků.

Druhým cílem práce bylo zmapovat, zda zdravotnický personál edukuje ženy o správných technikách kojení na oddělení šestinedělí. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza, že zdravotnický personál edukuje ženy o správných technikách kojení na oddělení šestinedělí. Na tuto edukační činnost sester byly zaměřeny otázky č. 10,12, a 14-22.

V grafu 10 je znázorněno, že technika kojení byla ukázána v 81 %, v grafu 12 je znázorněno seznámení se s pomůckami na kojení. 58 % respondentek uvedlo, že byly dostatečně seznámeny s pomůckami.

O technikách vedoucích k odstranění problému při kojení bylo informováno 61 % dotázaných, což znázorňuje graf 14. V grafu 15 je zobrazeno, kolika ženám bylo ukázáno správné držení prsu, v tomto případě bylo ukázáno v 98 %. Jak uvádí literatura (13), správné držení prsu je nedílnou součástí pro bezproblémové kojení. Důležité je, aby se prsty nedotýkaly dvorce. Prs je podpírán zespodu čtyřmi prsty a palec je položen vysoko nad dvorec. Tlak palce na prsní tkáň umožní napřimení

bradavky. Prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce

Graf 16 ukazuje kolik matek bylo dětskými sestrami poučeno o správném přiložení dítěte k prsu, v tomto případě 99 % matek. Poučení o projevech správného sání dítěte se dostalo 88 % respondentek, znázorněno v grafu 17. Tento krok je také důležitý pro prevenci vzniku problémů při kojení. Bradavka musí být vždy v úrovni dítěte a bradavkou jsou drážděna ústa dítěte, což u něj vyvolá hledací reflex. Správnou odpovědí na tento stimul jsou široce otevřená ústa dítěte jako při zívání. Prs musí matka nabídnout tak, aby dítě uchopilo co největší část dvorce, nejen bradavku. Aby si matka byla opravdu jista, že je dítě správně přiloženo k prsu, musí si všimnout, zda se brada a nos dítěte dotýkají prsu a většina dvorce je v ústech dítěte. Více dvorce je vidět nad ústy a dolní ret je ohrnut ven. Jazyk přesahuje dolní ret, bradavka i s dvorcem je na jazyku. Tváře dítěte nesmí vpadávat dovnitř, ale při sání se mu pohybují spánky a uši. Následky nesprávné techniky kojení vedou k bolestivému poškození bradavek, k nalití prsou, ke snížení tvorby mateřského mléka a k nespokojenosti matky i dítěte. A jak uvádí Černá (1), nejvhodnější při prevenci těchto komplikací je, když u několika prvních přiložení dítěte k prsu asistuje dětská sestra.

Graf 18 znázorňuje, kolik žen bylo poučeno o délce kojení, o tom bylo poučeno 86 % respondentek. Jak popisuje Mydlilová, délku kojení, stejně jako frekvenci kojení by si mělo každé dítě řídit samo, dítě by mělo být kojeno bez omezování délky a frekvence. Tomu odpovídá i dnešní systém péče, tzv. rooming-in.

Graf 19 dokládá, kolik žen bylo poučeno o nutnosti střídání prsu při kojení. Poučeno bylo 86 %. Informace o odstříkávání prsu bylo podáno 45 % respondentek, což ukazuje graf 20. Technika kojení byla kontrolována u 69 % matek, to znázorňuje graf 21. Zda sestry pomáhají ženám při kojení je znázorněno v grafu 22, ten vypovídá, že 87 % matek je pomáháno s kojením. Po zhodnocení všech těchto výsledků byla potvrzena hypotéza, že ženy jsou edukovány o správných technikách

kojenína oddělení šestinedělí v 79 %. Tento cíl byl tedy splněn a hypotéza potvrzena.

Třetím cílem bylo zjistit nejčastější problém při kojení vyskytující se na oddělení šestinedělí. Hypotéza byla stanovena, že nečastějším problémem jsou ragády bradavek. Tato hypotéza potvrzena nebyla, neboť jak ukazuje graf 13, nejčastějším problémem bylo bolestivé nalití prsou. To se vyskytko u 83 žen ze 112 dotazovaných, tedy v 74 %. Druhým nejčastějším problémem byly ploché nebo vpáčené bradavky, to označilo 49 matek a až třetí nejčastější problém byly ragády bradavek vyskytující se u 45 žen. Jak popisuje Schneidrová (25), bolestivé nalití prsou se projevuje otokem, pocitem plnosti, tíže a horka v prsou. Čím častěji dítě pije, tím menší je pravděpodobnost, že se prsy nadměrně nalijí. Proto by z počátku dítě mělo pít často a z každého prsu, minimálně po dobu 10 minut. Tento cíl byl splněn, hypotéza potvrzena nebyla.

Zda ženy znají způsoby řešení problémů při kojení na oddělení šestinedělí, bylo úkolem čtvrtým. Hypotéza k tomuto cíli byla stanovena, že ženy na oddělení šestinedělí znají řešení problémů týkajících se kojení. K tomuto šetření byly určeny otázky č. 24-28. Ženy zde měly vybrat odpověď, jak by daný problém řešily, případně dopsat vlastní názor. Na otázku týkající se správného přiložení dítěte k prsu odpovědělo 80 % matek správně. Problematiku bolestivých ragád by 67 respondentek řešilo rozetřením kapkou mateřského mléka na postižený prs, což byla správná odpověď. 27 respondentek zde zvolilo volbu „jiné“ a uvedly použití Bepanten masti na bradavky. Jak uvádí Paulová, při výskytu poranění bradavky je samozřejmostí zjištění možné chyby v technice kojení a její náprava. Pokud se do tří dnů stav bradavky nezlepší, mělo by se počítat s účastí plísně a léčit to, po poradě s lékařem, protiplísňovou mastí Tyto výsledky jsou znázorněny v grafu 25. Správnost odpovědí byla 83 %.

Otázka 26 v dotazníku byla zaměřena na bolestivě nalitá prsa, která se ukázala jako nejčastější problém při kojení. 97 respondentek by tento problém řešilo odstříkáním, 1 respondentka uvedla použití teplé sprchy a poté přiložení studeného obkladu. Bolestivé nalití prsou se projevilo u 83 dotazovaných. Zajímalo mě, zda

všechny ženy u kterých se tento problém vyskytl, zvolily správnou odpověď. Po opětovném prozkoumání dotazníku se potvrdilo, že všechny ženy u kterých se vyskytl tento problém, byly poučeny o nutnosti prsa odstříkávat.

Jak odpověděly ženy na otázku, co dělat před odstříkáním prsu, je znázorněno v grafu 27. 104 matek zde zvolilo správnou odpověď-přiložit teplý obklad, 2 zvolily odpověď „jiné“ a dopsaly , že by prs masírovaly. Při odstříkávání prsu je také možné použití teplé sprchy a nahřát tak prsa. Masáž prsou se dělá krouživými pohyby rukou od základu prsu směrem k bradavce k povzbuzení vypuzovacího reflexu.. Masáž se zakončuje jemným vyklepáním prsů v předklonu jak je popsáno v materiálu Laktační ligy(13 ).

Poslední otázka v dotazníku se týkala výskytu oparu na prsu. Tady byla správná varianta zvolena pouze 17 respondentkami a 11 respondentek by se poradilo s lékařem.

Z celkového počtu správně zvolených odpovědí lze tedy vypočítat, že v průměru znají ženy řešení problémů spojených s kojením v 74 %. Poslední hypotéza byla tedy potvrzena, ženy znají řešení problémů při kojení na oddělení šestinedělí.

## 6 Závěr

Tato práce se věnuje problematice kojení a jeho nejčastějším problémům. Výzkum probíhal ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze, která je od roku 1993 nositelem titulu Baby Friendly Hospital. Výsledky výzkumu měly potvrdit zvolené cíle a stanovené hypotézy.

Prvním z cílů bylo zjistit, zda ženy mají informace z prenatální péče. Hypotéza č. 1 byla potvrzena, ženy mají informace o kojení z prenatální péče.

Druhým cílem práce bylo zmapovat, zda zdravotnický personál edukuje ženy o správných technikách kojení. Hypotéza zde byla stanovena, že zdravotnický personál edukuje ženy o technikách kojení. I tento cíl byl splněn a hypotéza potvrzena.

Třetím cílem bylo zjistit nejčastější problém s kojením vyskytující se na oddělení šestinedělí. Jako nejčastějším problémem se ukázalo bolestivé nalití prsou. Stanovená hypotéza, že nejčastějším problémem jsou ragády bradavek tedy nebyla potvrzena. Cíl byl splněn a nejčastějším problémem při kojení bylo bolestivé nalití prsou.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda kojící ženy znají způsoby řešení problémů při kojení. Z celkového počtu správně zvolených odpovědí vyplynulo, že ženy znají řešení těchto problémů. Poslední hypotéza byla tedy potvrzena a bylo prokázáno, že ženy znají řešení problémů při kojení na oddělení šestinedělí.

Výsledky výzkumného šetření by bylo možné použít jako zdroj informací pro včasnou edukaci u nejčastěji se vyskytovaných problémů při kojení se zaměřením na jejich prevenci a zároveň sloužit jako zdroj informací pro zlepšení ošetrovatelské péče.

Problematice kojení by se mělo věnovat stále více pozornosti, neboť právě tyto problémy mohou ženě po porodu znepríjemnit její nejkrásnější životní období.



## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ČERNÁ, M. *Patologie kojení*. Moderní gynekologie a porodnictví : komplikace šestinedělí a laktace. 2009, 18, 2, s. 197-201. ISSN 1211-1058.
2. FOŘT, P. *Moderní výživa v praxi*. 1. Praha : Metramedia, 2001. 384 s. ISBN 80-238-5885-8.
3. GREGORA, M., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců : Maminčina kuchařka*. 2, přeprac. a doplň. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1291-1.
4. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Čekáme děťátko*. 1. Praha : Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1489-9.
5. HANREICH, I. *Výživa kojenců : aneb jídlo a pití v prvním roce života*. 1. Praha : Grada Publishing, 2000. 76 s. ISBN 80-7169-841-5.
6. HOFHANSLOVÁ, J. *Miminko : kojení, ošetřování, výživa, výchova*. 1. Jihlava : Calendula, 2007. 117 s. ISBN 978-80-903971.
7. HRSTKOVÁ, H. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1. Brno : NCO NZO, 2003. 77 s. ISBN 80-7013-385-6.
8. KEJVALOVÁ, L. *Výživa dětí od A-Z*. 1. Praha : Vyšehrad, 2005. 157 s. ISBN 80-7021-773-1.
9. KOCAN, H. *Nové poznatky o anatomii prsní žlázy*. Mamita. 2010, 9, 31, s. 12. ISSN 1214-1690.
10. KLIMOVÁ, A. *Kojení a léky*. In: Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s.53-56
11. KLIMOVÁ, A. *Význam výživy kojící ženy*. In: Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s.45-47
12. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0

13. LAKTAČNÍ LIGA. *Kojení : Vše, co potřebujete vědět*. Praha : Laktační liga, 2008. 30 s.
14. LAKTAČNÍ LIGA. Víte, že? In Mamita, Praha: 2010, roč. 9, č.32, str.35. ISSN 1214-1690
15. MÜLLEROVÁ, D. *Výživa těhotných a kojících žen*. 1. Praha : Mladá fronta, 2004. 124 s. ISBN 80-204-1023-6
16. MYDLILOVÁ, A. *Banka mateřského mléka a manipulace s mateřským mlékem*. In:Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s. 57-59
17. MYDLILOVÁ, A. *Standartní praktické pokyny pro kojení v ČR*. [s.l.] :MZ ČR, 2006.57 s.
18. MYDLILOVÁ, A. *Technika kojení*. In:Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s. 11-13
19. NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2. vyd. Praha : Geoprint, 2007. 28 s. ISBN 978-80-7071-286-3.
20. PAULOVÁ, M. *Kojení.Radi Vám lékař*. Vydání 1. Praha :Vašut, 2000.-32s. ISBN 80-7236-194-5
21. PAULOVÁ, M. *Mateřské mléko a fyziologie laktace*. In:Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s.5-10
22. PAULOVÁ, M.,MYDLILOVÁ, A. *Problémy a speciální situace při kojení. Kontraindikace kojení*. In:Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s.14-17
23. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 1. Praha : Grada Publishing, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

24. SCHNEIDEROVÁ, D. *Aktivity na ochranu přirozené výživy*. In: Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s.60-61
25. SCHNEIDEROVÁ, D. *Kojení : nejčastější problémy a jejich řešení*. 2.doplněné. Praha : Grada Publishing, 2006. 148 s. ISBN 80-247-1308-X.
26. SCHNEIDEROVÁ, D. *Výhody přirozené výživy novorozence a kojence*. In: Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost. Vydání 1. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000.-s.3-4
27. SCHONDORFOVÁ, D. *Fyziologie kojení*. Moderní gynekologie a porodnictví : komplikace šestinedělí a laktace. 2009, č. 18, s. 216.
28. STRNAD, P., DANEŠ, J. *Nemoci prsu pro gynekology*. 1. Praha : Grada Publishing, 2001. 324 s. ISBN 80-7169-714-1.
29. VELEMÍNSKÝ, M., et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. Vydání 5. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005.-136s. ISBN 80-7040-813-8
30. VELEMÍNSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. Vydání 1. Praha: Triton, 2002.-247s. ISBN 80-7254-29070
31. WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. 1. Praha : Portal, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-071-2.
32. ZAMARSKÁ, J. *Kojení : praktické rady pro kojící maminky*. 1. Brno : Computer Press, 2006. 82 s. ISBN 80-251-0772-8.
33. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=1> - Anatomie prsní žlázy
34. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=2> - Baby colika
35. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=3> - Baby friendly
36. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=4> - Banka mateřského mléka
37. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=7> -Fyziologie laktace
38. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=11> -Nejčastější problémy při kojení
39. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=13>- Odstříkávání mateřského mléka
40. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=19> -Technika kojení-polohy

41. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=22> - Typy bradavek
42. <http://www.medela.cz/produkty/haberman.php>-Haberman
43. <http://www.medela.cz/produkty/pomucky-pro-kojici-maminky.php> -Pomůcky pro kojící matky
44. [http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user\\_upload/Doporuceni\\_CNEOS/Vitamin\\_K\\_2010.pdf](http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Doporuceni_CNEOS/Vitamin_K_2010.pdf) -vitamín K

## **8. Klíčová slova**

**Kojení**

**Mateřské mléko**

**Výživa**

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Deset kroků k úspěšnému kojení

Příloha 3 Typy bradavek, test k určení vytažitelnosti bradavek

Příloha 4 Správné držení prsu, chybné držení prsu

Příloha 5 Polohy při kojení

Příloha 6 Haberman

## **Příloha č. 1**

### Dotazník

Vážená maminko,

Dovolte mi, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jmenuji se Simona Soukupová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, obor porodní asistentka. Informace získané pomocí tohoto dotazníku jsou určeny pro zpracování mé bakalářské práce, jejímž cílem je zmapovat problémy související s kojením.

Čestně prohlašuji, že informace získané pomocí tohoto dotazníku jsou anonymní, považuji je za důvěrné a budou použity pouze pro statistické zpracování mé bakalářské práce.

Velice Vám děkuji za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku.

Simona Soukupová

#### **1. Váš věk je:**

- Méně než 18 let
- 18-22 let
- 23-27 let
- 28-32 let
- 33-37 let
- 38 a více let

**2. Vaše nejvýše ukončené vzdělání je:**

- Základní
- Vyučená bez maturity
- Vyučená s maturitou
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

**3. Váš porod proběhl:**

- Vaginální cestou
- Císařským řezem

**4. Navštívila jste někdy prenatální kurz zaměřený na kojení?**

- Ano
- Ne

**5. Získávala jste informace o kojení jiným způsobem? Zaškrtněte i více možností.**

- Od lékaře
- Od zdravotní sestry
- Od dětské sestry
- Od porodní asistentky
- Z knihy



- Z časopisu
- Z internetu
- Od kamarádky
- Od své matky
- Jiné

**6. Kontroloval Vám někdo prsa v prenatálním období?**

- Ano, lékař
- Ano, dětská sestra
- Ano, porodní asistenta
- Ne

**7. Dítě, které kojíte, je Vaše:**

- První
- Druhé
- Třetí a více

**8. Bylo Vám dítě po porodu přiloženo k prsu? Pokud ano, zkuste odhadnout čas.**

- Ano, bylo mi přiloženo do 15 minut
- Ano, bylo mi přiloženo do 30 minut
- Ano, bylo mi přiloženo do 45 minut
- Ano, bylo mi přiloženo do 60 minut
- Ano, bylo mi přiloženo déle jak za 60 minut

- Ano, bylo mi přiloženo, ale čas neodhadnu
- Ne, nebylo mi přiloženo

**9. Pokud ano, pomohla Vám porodní asistentka na porodním sále s prvním přiložením dítěte k prsu?**

- Ano
- Ne

**10. Myslíte si, že Vám byla v dostatečné míře vysvětlena technika kojení?**

- Ano
- Ne

**11. Kolik poloh při kojení Vám bylo v porodnici ukázáno?**

- Jedna
- Dvě
- Tři
- Čtyři a více

**12. Myslíte si, že jste dostatečně seznámena s pomůckami na kojení, které byste mohla používat / kojící polštář, odsávačka a jiné/?**

- Ano
- Ne

**13. Vyskytl se u Vás během pobytu v porodnici nějaký problém v souvislosti s kojením? Zaškrtněte všechny možné. Pokud ne, přejděte na otázku č. 15.**

- Ne
- Ano, ragády bradavek
- Ano, bolestivé nalítí prsou
- Ano, nedostatek mléka
- Ano, dítě odmítalo prs
- Ano, ploché nebo vpáčené bradavky
- Jiné

**14. V případě komplikací byla jste poučena o možnostech a technikách vedoucích k odstranění problému?**

- Ano
- Ne

**15. Bylo Vám ukázáno správné držení prsu při kojení?**

- Ano
- Ne

**16. Byla jste poučena o technice správného přiložení vašeho dítěte k prsu / široce otevřená ústa atd. /?**

- Ano
- Ne

**17. Byla jste poučena o projevech správného sání vašeho dítěte / pohyby spánku, dítě nevydává mlaskavé zvuky atd./?**

- Ano
- Ne

**18. Byla jste informována, jak dlouho byste měla své dítě kojit během jednoho kojení?**

- Ano
- Ne

**19. Byla jste poučena o nutnosti střídání prsů při kojení?**

- Ano
- Ne

**20. Byla jste informována o správné technice odstříkávání prsu?**

- Ano
- Ne

**21. Kontroluje někdo Vaši techniku kojení?**

- Ano
- Ne

**22. Pomáhají Vám dětské sestry s kojením v dostatečné míře?**

- Ano
- Ne

**23. Jsou dětské sestry vždy ochotné odpovědět na Vaše dotazy?**

- Ano, jsou ochotné
- Ano, ale jen některé
- Ne, nejsou ochotné

**24. Dítě se správně přiloží k prsu? Zvolte všechny možné odpovědi.**

- Pokud má široce otevřená ústa jako při zívání
- Pokud má hlad
- Nevím
- Jiné

**25. Jak byste řešila bolestivé ragády bradavek? Zvolte všechny možné odpovědi.**

- Několik dní bych z postiženého prsu nekojila
- Kapku mateřského mléka bych po kojení rozetřela na postižený prs
- Nevím
- Jiné

**26. Bolestivě nalitý prs byste řešila? Zvolte všechny možné odpovědi.**

- Odstříkáním prsu
- Použitím masti na prsa, např. Bepanten
- Nevím
- Jiné

**27. Před odstříkáním prsu je dobré? Zvolte všechny možné odpovědi.**

- Přiložit studený obklad
- Přiložit teplý obklad
- Nevím
- Jiné

**28. Pokud by se Vám na prsu objevil opar /herpes/, řešila byste to?**

**Zvolte všechny možné odpovědi.**

- Z postiženého prsu bych nekojila, pouze mléko odstříkávala
- Přestala bych své dítě kojit
- Nevím
- Jiné

Toto byla poslední otázka mého dotazníku. Velice Vám děkuji za ochotu vyplnit dotazník a za Váš čas nad ním strávený.

Přeji Vám a Vašemu miminku hodně štěstí a zdraví.

## *Deset kroků k úspěšnému kojení*

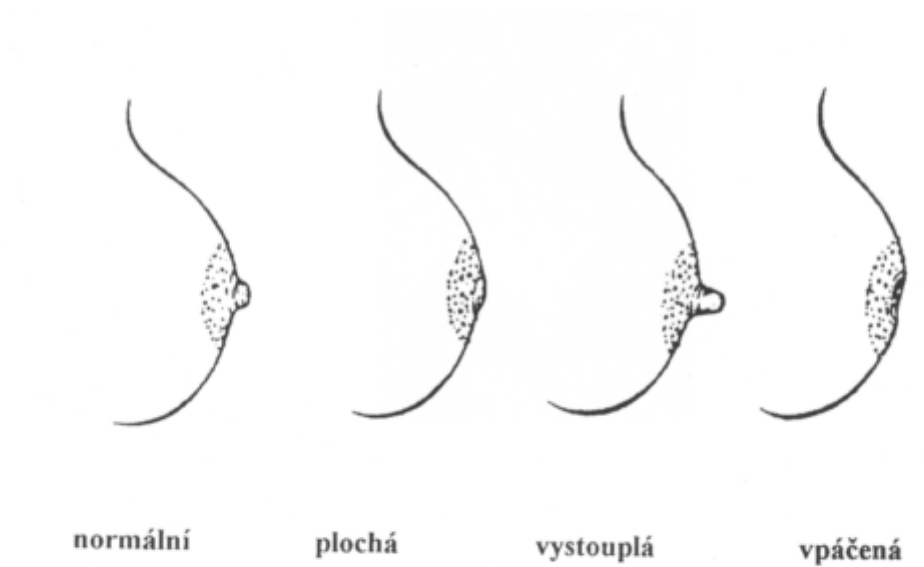
**Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:**

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in, tedy umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

(Zdroj: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php>)

### Příloha č. 3

#### Typy bradavek



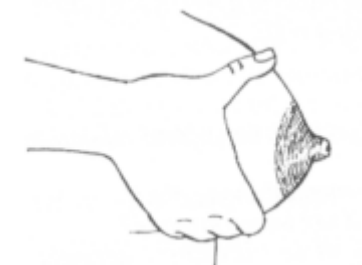
#### Test k určení vytažitelnosti bradavky

(Zdroj: <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=17>)



#### **Příloha č. 4**

##### *Správné držení prsu*



##### *Chybné držení prsu*



( Zdroj . <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=18>)

## **Příloha č. 5**

### ***Polohy při kojení***

#### **Poloha v leže na boku**



#### **Poloha v sedě**



#### **Fotbalové boční držení**



Poloha tanečnicka



Kojení v polosedě s podloženýma nohama



Poloha v leže na zádech



Vzpřímená vertikální poloha



Kojení dvojčat



(Zdroj : <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=19>)

**Příloha č. 6**

*Haberman-pomůcka pro děti s rozštěpem*



( Zdroj: <http://www.dnformed.cz/medela/produkty/haberman.phpht>)