



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Výživa dětí do 1 roku

Vypracovala: Simona Hammerová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název bakalářské práce: Výživa dětí do 1 roku

Současný stav: Cílem výživy je dosáhnout optimálního růstu dítěte. Vzhledem k rychlému růstu v prvním roce života je správná výživa pro dítě nejdůležitější. V tomto období může mít nedostatečná výživa trvalé následky (Hrstková a kol., 2003).

V současné době je téma výživy stále diskutované. Objevují se nové a nové výsledky z kontrolovaných klinických studií o zavádění příkrmů, o kojení. Informace se stále mění a vedou veřejnost (zvláště matky) k určitým pochybám.

Cíl výzkumného šetření: Cílem práce je zmapovat dodržování jedné ze zásad WHO (výlučné kojení do 6. měsíce věku), dále zmapovat úlohu sestry v edukaci matek dětí do 1 roku v oblasti výživy v ambulanci praktického lékaře a zjistit míru informovanosti matek o výživě dětí do 1 roku. Zvoleny byly tyto výzkumné otázky: Jak dlouho matky výlučně kojí? Jaké problémy v období kojení matky nejčastěji udávají? Jak sestry edukují matky ve výživě jejich dětí do 1 roku? Jakých informací se matkám ohledně výživy dětí do 1 roku nedostává? Jak matky zavádějí svým dětem komplementární výživu? Jaké informace o výživě dětí do 1 roku matky mají?

Metodika: Pro zpracování tématu bakalářské práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření. K získání informací byla použita technika hloubkového rozhovoru metodou dotazování. Sběr dat byl uskutečněn během měsíce února 2014. Získaná data byla následně analyzována metodou otevřeného kódování.

Výzkumný soubor: Byly vytvořeny dva výzkumné soubory, první soubor tvořilo 5 sester pracujících v ordinaci praktického dětského lékaře a druhý výzkumný soubor tvořilo 7 matek majících alespoň jedno dítě ve věku minimálně 11 měsíců.

Výsledky: Výsledkem metody otevřeného kódování bylo identifikováno z rozhovorů sester 6 kategorií (způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester, názory sester na edukaci, problematika kojení z pohledu sester, informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester, dodržování rad ve výživě z pohledu sester, nedodržování rad v období zavádění komplementární stravy z pohledu sester). Z rozhovorů matek bylo identifikováno 5 kategorií (způsob edukace ve výživě z pohledu matek, názory matek na

jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku, problematika kojení z pohledu matek, informovanost matek ve výživě dětí do 1 roku z pohledu matek, dodržování výživových rad u dětí do 1 roku). K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny podkategorie, kde jsou zakódovány výsledky, vše je znázorněno v přehledných schématech.

Z výsledků vyplývá, že zásada WHO je dodržována, pokud má matka dostatek mléka, umí správnou techniku kojení a dítě prs neodmítá. Nejčastější edukace matek ve výživě je slovní rozhovor s lékařkou v ordinaci, písemná edukace probíhá formou letáků a brožurek. Na tomto se shodly jak sestry, tak matky. Většina z dotazovaných sester se shodla na nedostatečné informovanosti matek dětí do 1 roku v problematice kojení, kdy velkým problémem je brzké propuštění z porodnice. Zároveň se shodly na potřebě více se věnovat informování matek ve výživě dětí od 1 roku do 3 let. Z rozhovorů sester vyplynul fakt, že matky dodržují rady v zavádění komplementární stravy. Matky dle jejich sdělení dodržují období, kdy mohou svému dítěti podat první nemléčný příkrm, dodržují doporučenou první potravinu a časový odstup mezi podáváním nových druhů. Jako problém sestry udávají nevědomost o zavádění lepku a neuposlechnutí některých matek, kdy svým dětem podávají nevhodné potraviny, se kterými by se tak malý dětský organismus raději neměl setkat.

Matky vícerodičky mají pocit dostatečných informací v období kojení, avšak méně vědomostí mají prvorodičky. Dle jejich sdělení v období zavádění komplementární stravy má většina z dotazovaných informací málo. Hledají rady u kamarádek a příbuzných, na internetu, v knížkách a časopisech. Matky by uvítaly ještě více brožurek, edukaci lékaře ve spolupráci se sestrou, sestry by naopak v tomto žádnou změnu nedělaly. Mají pocit, že na edukaci ve výživě je dostatek prostoru v rámci preventivních prohlídek. Měla jsem pocit, že mají dost své práce, a na otázku, zdali by chtěly více samy edukovat matky ve výživě dětí do 1 roku, se shodly, že nechtěly.

Závěr: Závěr z této práce poukazuje na větší informovanost matek v problematice kojení, než v období zavádění komplementární stravy. Vzhledem k tomuto zjištění navrhuji souhrn zásad k zavádění komplementární stravy.

Klíčová slova: výživa, edukace, sestra, kojení, příkrmy

Abstract

Title of the Bachelor thesis: Nutrition of infants up to 1 year of age

Current situation: The aim of nutrition is to obtain optimal growth of the infant. Concerning fast growth in the first year of life, proper nutrition is vital for the infant. Insufficient nutrition in this period may have fatal consequences. (Hrstková et al., 2003).

Nowadays, the topic of nutrition is still one of the most widely-discussed ones. New results of clinical trials on the introduction of complementary feeding and on breastfeeding appear. Information varies and leads the public (especially mothers) to some doubts.

Objective of the research: The objective of the thesis is to examine one of the principles of WHO (exclusive breastfeeding up to the sixth month of age), further analyse the role of the nurse in the education of mothers of infants up to one year of age in the field of nutrition in the surgery of a general practitioner, and finally survey mothers on the level of their knowledge of nutrition of infants up to one year of age. These research questions were chosen: How long do mothers exclusively breastfeed? What problems during the period of breastfeeding do mothers most often state? How do nurses educate mothers in nutrition of their infants up to one year of age? What kind of information concerning nutrition of infants up to one year of age do mothers lack? How do mothers introduce complementary feeding to their infants? What information about nutrition of infants up to one year of age do mothers have?

Methodology: The form of qualitative research was chosen for processing of the theme of this Bachelor's thesis. The depth interview technique by the method of questioning was chosen for obtaining data. Data acquisition was carried out during February 2014. The acquired data were consequently analysed by the method of open coding.

Research group: Two research groups were created, the first group was made by seven mothers having at least one infant aged at least 11 months.

Results: Six categories (form of the education of mothers in nutrition of infants from the perspective of nurses, nurses' opinions of education, problems of breastfeeding from the perspective of nurses, mothers' knowledge from the perspective of nurses, following advice in nutrition from the perspective of nurses, not following advice when introducing complementary feeding from the perspective of nurses) have been identified from the interviews with the nurses by the result of open coding. Five categories have been identified from the interviews with the mothers (the form of education in nutrition from the perspective of mothers, mothers' opinions of their education in nutrition of infants up to one year, the problems of breastfeeding from mothers' perspective, mothers' knowledge of nutrition of infants up to one year from mothers' perspective, following advice on nutrition of infants up to one year). All individual categories have subcategories with encoded results; everything is shown in organized charts.

The results show that the principle of WHO is followed if the mother has enough milk, has adopted the correct breastfeeding technique and the infant does not reject the breast. The most common form of the education of mothers in nutrition is an oral interview with the physician in the surgery; written education is in the form of leaflets and brochures, whereon both the mothers and nurses agreed. Most of the interviewed nurses agreed on insufficient knowledge of mothers of infants up to one year of age of the problems of breastfeeding caused by early discharge from maternity hospital. They also agreed on the need to inform mothers better about nutrition of infants from 1 to 3 years of age.

The interviews with nurses have identified the fact that mothers follow advice on how to introduce complementary feeding. Mothers, according to their statements, comply with the period when they can give their infant first solid food, they comply with the recommended first food and a time interval between introducing new kinds of food. The nurses see a problem in the ignorance of introducing food with gluten and disobedience of some mothers who serve their infants food improper for young infant organism.

Multigravida mothers think they have enough information during breastfeeding, unlike primigravida mothers who are less informed. According to their statement, most

of the interviewees have little information about introducing complementary feeding. They seek advice from friends and relatives, on the Internet, and in books or magazines. Mothers would welcome more brochures, education from the physician in cooperation with the nurse; nurses on the other hand would not make any changes. They think that there is enough scope for nutrition education during preventive check-ups. I felt they had enough work and they agreed they would not like to educate mothers in nutrition of infants up to one year of age.

Conclusion: This thesis has shown that mothers have better knowledge of breastfeeding than of introducing complementary feeding. Therefore I have proposed a set of principles how to introduce complementary feeding.

Key words: nutrition, education, nurse, breastfeeding, solid food

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a 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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

(Simona Hammerová)

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, poskytování cenných rad a pomoc při psaní této bakalářské práce.

Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumné části této práce, za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

Obsah

Úvod.....	13
1 Současný stav.....	14
1.1 Charakteristika novorozeneckého a kojeneckého období.....	14
1.2 Anatomické a fyziologické odlišnosti trávicího traktu u dětí.....	16
1.3 Základní složky stravy.....	17
1.3.1 Bílkoviny, sacharidy a tuky.....	18
1.3.2 Vitamíny a minerální látky.....	19
1.3.3 Voda a vláknina.....	21
1.4 Výživová opatření dle současných doporučení.....	22
1.5 Přirozená výživa novorozenců a kojenců.....	23
1.5.1 Výhody a kontraindikace kojení.....	24
1.5.2 Tvorba, složení a druhy mateřského mléka.....	26
1.6 Úloha sestry ve výživě dětí do 1 roku.....	27
1.6.1 Úloha sestry v podpoře kojení.....	28
1.6.2 Edukace sester o technice a zásadách kojení.....	28
1.6.3 Úloha sestry při řešení problémů s kojením.....	30
1.6.4 Edukace sester o alternativních způsobech krmení a odstříkávání mateřského mléka.....	32
1.7 Umělá výživa.....	33
1.7.1 Počáteční a pokračovací formule.....	34
1.7.2 Speciální formule.....	35
1.7.3 Úloha sestry při edukaci o přípravě kojenecké stravy a krmení z láhve.....	37
1.8 Nemléčné příkrmy.....	38
1.8.1 Zavádění nemléčných příkrmů.....	39
1.8.2 Způsoby podávání nemléčných příkrmů.....	40

1.9 Úloha sestry ve výživě dětí do 1 roku v ordinaci praktického lékaře.....	42
2 Cíle práce, výzkumné otázky.....	43
2.1 Cíle práce	43
2.2 Výzkumné otázky	43
3 Metodika	44
3.1 Použitá metoda.....	44
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	45
4 Výsledky	47
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.....	47
4.1.1 Kategorie způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester.....	47
4.1.2 Kategorie názory sester na edukaci matek dětí do 1 roku	48
4.1.3 Kategorie problematika kojení z pohledu sester	49
4.1.4 Kategorie informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester.....	50
4.1.5 Kategorie dodržování rad ve výživě dětí z pohledu sester	51
4.1.6 Kategorie mezery v informacích v období zavádění komplementární stravy z pohledu sester	52
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.	54
4.2.1 Kategorie způsob edukace ve výživě z pohledu matek	54
4.2.2 Kategorie názory matek na jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku.....	55
4.2.3 Kategorie problematika kojení z pohledu matek.....	56
4.2.4 Kategorie informovanost matek ve výživě dětí do 1 roku	58
4.2.5 Kategorie dodržování výživových rad dětí do 1 roku	60
5 Diskuze	62
6 Závěr	68
6.1 Doporučení pro praxi	69
6.2 Edukační plán pro sestry	70

7 Seznam použité literatury	72
8 Seznam příloh	75

Seznam použitých zkratk

CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus - úplavice cukrová
EFSA	Evropský úřad pro bezpečnost potravin
ESPGHAN	Evropské společnosti pro dětskou gastroenterologii, hematologii a výživu
GIT	Gastrointestinální trakt
MM	Mateřské mléko
VVV	Vrozená vývojová vada
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

Úvod

Výživa je pro člověka velmi důležitý vnější faktor, který ovlivňuje správný růst a vývoj. Tato práce se zabývá právě tématem výživy a je směřována na ty nejmenší.

Teoretická část je věnována základním složkám správné výživy, které by svým složením neměly přetěžovat trávicí trakt dítěte. Věnuje se problematice kojení, nemléčným příkrmům, zaváděním komplementární stravy, kde by důležitou roli měla hrát dětská lékařka v rámci preventivních prohlídek spolu se sestrou, která by měla plnit roli edukátorky ve výživě. V tomto případě se jedná o primární edukaci, kdy matka přijímá informace a praktické dovednosti od sestry či dětské lékařky.

Cílem práce je zmapovat úlohu sestry právě v edukaci matek ve výživě dětí do jednoho roku, zjistit míru informovanosti matek ve výživě dětí do 1 roku a zmapovat výlučné kojení do 6. měsíce věku dítěte. K cílům je směřováno v praktické části práce, pomocí kvalitativního výzkumu.

Výběr tohoto tématu se opíral o šestiletou praxi na novorozeneckém oddělení, kde jsem se s tématem výživy setkávala den co den. Dle našeho mínění nás matky z porodnice opouštěly plně informací o výživě svých dětí a z 90 % byly plně kojící. Napadla mne myšlenka, jaká je informovanost ohledně výživy dětí dále, jak umí nabyté informace prakticky využívat a zdali jim opravdu informace z porodnic stačí?

Dle statistického šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR je za rok 2012 z porodnic propuštěno 83,87 % dětí plně kojených. Při roční prohlídce udává statistika za rok 2012: 24,83 % dětí plně kojených do 6 měsíců a 39,60 % plně kojených dětí 6 měsíců a déle (příloha 1). Čím to je, že pokles plně kojených rapidně klesne, je to snad nedostatkem informací ohledně výživy dětí?

Zaměřili jsme se proto v této práci na výživu dětí do 1 roku. Výživa od narození je stále téma, které je diskutované. Stále mění se informace plynoucí z kontrolovaných klinických studií o zavádění příkrmů a o kojení, vede veřejnost, hlavně matky dětí, k určitým pochybám. V současné době se objevují nové přístupy k zavádění příkrmů, na trhu se objevují nové mléčné i nemléčné příkrmy, nové pomůcky ke kojení.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika novorozeneckého a kojeneckého období

Prvních šest týdnů života označujeme jako novorozenecké období. Je to období adaptace na vnější prostředí, které má zcela jiné podmínky než v děloze. Pro novorozence a jeho organismus je to velká psychická a fyzická zátěž. Začíná dýchat, přestavuje se jeho krevní oběh (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Novorozenci se rozdělují dle gestačního věku, porodní hmotnosti, vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku (novorozenec nedonošený, donošený, přenášený, makrozomní, s normální porodní hmotností, s nízkou porodní hmotností, s velmi nízkou porodní hmotností a s extrémně nízkou porodní hmotností, eutrofický, hypotrofický nebo hypertrofický) (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Fyziologický novorozenec je zdravý, narozený v termínu, eutrofický, po nekomplikovaném porodu, jeho hmotnost se pohybuje mezi 2 500 - 4 500g, délka 48 - 55 cm s obvodem hlavičky 32 - 37 cm. Apgar skóre je v rozmezí 10 - 7 bodů (Fendrychová a Borek, 2012).

Dechová frekvence se pohybuje mezi 30 – 60/min., tepová frekvence v bdělém stavu 100 - 180/min., ve spánku 80 - 160/min (Sedlářová a kol., 2008).

Zdravotní stav novorozence hodnotíme dle Apgara skóre, sledujeme a bodujeme jeho akci srdeční, dýchání, barvu kůže, reakce na podráždění a svalový tonus. Dle výsledku tohoto skóre provádíme eventuelní resuscitační postupy (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Kůže zralého novorozence je růžová pokrytá mázkem, na zádech se mohou vyskytovat zbytky lanuga (jemné chloupky). Nehty přesahují přes prsty. Chlapci mají sestouplá varlata ve skrótu, u dívek labia majora překrývají labia minora. Ušní boltce a nos mají vyvinutou chrupavku, zřetelné rýhování plosek nohou a dlaní, úpon pupečníku uprostřed břicha (Fendrychová a Borek, 2012).

Novorozenci nemají zcela dokončený vývoj vidění, mají nedostatečně vyvinutou

termoregulaci. Jejich imunitní systém je nezralý a je regulovaný k omezené aktivitě (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Mají omezenou filtrační schopnost ledvin (Fendrychová a Borek, 2012).

Novorozenec má vyspělé smysly (hmat, chuť, čich, sluch). Má vyvinuty základní nepodmíněné reflexy: vyživovací (sací, polykací, hledací, orální), které mu umožňují přijímat potravu (kojení); polohové reflexy (Moorův, tonicko - šíjový, Babinského, Vojtův reflex); pohybové reflexy (chůze, plovací, lezení); obranné reflexy (úchopový, kašláni, kýchaní, zívání, dávivý reflex). Pohyby novorozence jsou pomalé, nahodilé, nekoordinované. Novorozenecké období je důležité k navázání vztahu matky s dítětem, k tomu nám slouží systém roaming - in, kdy je matka a dítě na jednom pokoji v bezprostřední vzájemné blízkosti. Urychluje se tak nástup laktace, brzké zahájení výživy kojením, utváření citového pouta matka a dítě a snadnější navázání kontaktu matky s dítětem (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Kojenecké období trvá od 28. dne do konce 1. roku života. Je to období krátké, ale rozhodující. Probíhá zde intenzivní růst, prudký vývoj motorický a smyslový. (Sedlářová a kol., 2008).

Objevuje se zde nejvíce psychických a fyzických změn. Dozrává CNS a vyvíjí se motorika. Dítě si v tomto období utváří specifický vztah k matce, objevuje se separační úzkost a strach z cizích lidí. Zdokonaluje se řečová komunikace od broukání po první slova. Kojenec potřebuje dostatek spánku, teplo, ochranu před bolestí, nasycení - rychlý růst vede k vysokým energetickým nárokům, které nejlépe zabezpečí kojení. Jeho zraková ostrost se zdokonaluje. Postupně se mění konzistence stravy a dítě v tomto období rozlišuje další chutě. Ve třech měsících zvedne hlavičku („pase koníčky“), v půl roce se otáčí na břicho, na záda, sedí s oporou, později se samo posadí, plazí se, leze, zvedá se do stoje s oporou, v roce by mělo umět stát. V tomto období se dítě pokouší o své první krůčky. Prořezávají se první zoubky. V roce má většina dětí zpravidla 6 - 8 zubů (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Pokud poprvé nabídneme kojenci kašovitou potravu, snaží se jí sát, až později se kolem 5. měsíce začnou objevovat pohyby dolní čelisti nahoru a dolů (žmoulání), tento mechanismus pomáhá pozřít tuhou stravu, aniž by ještě dítě mělo prořezané zoubky.

Mezi 7. - 9. měsícem se spolu s prořezáváním zubů začínají objevovat rytmické žvýkací pohyby. Pohyby jazykem do strany, pomocí nichž se sousto posune směrem ke stoličkám, se objevuje mezi 8. a 12. měsícem. Renální funkce dozrávají kolem 4. měsíce věku (Kudlová a Mydlilová, 2005).

Imunitní systém prodělává vývojové změny. Mezi 4. - 6. měsícem je vhodná doba pro setkání s potravinovými alergeny. Toto období se nazývá imunitní okno, kdy je při kontaktu s alergeny pravděpodobnější vznik imunitní tolerance než alergické senzibility (Novák, 2012).

1.2 Anatomické a fyziologické odlišnosti trávicího traktu u dětí

Trávicí ústrojí zajišťuje příjem potravy ze zevního prostředí, její trávení a vstřebávání. V dětském věku má trávicí ústrojí anatomické a fyziologické odlišnosti. Je to dáno jinými rozměry, anatomickou či funkční nezralostí některých orgánů, odlišným režimem a skladbou stravy (Klíma a kol., 2003).

Novorozenec má dutinu ústní malou, vyplněnou objemným jazykem, slinné žlázy produkují velmi málo slin, proto je dutina ústní novorozence suchá. Tvar rtů, tváří a dásní je upraven k sání mateřského mléka. Zuby se nachází v dutině čelistní již před narozením a prořezávají se mezi 6. a 8. měsícem života. Hltan a nosohltan má novorozenec velmi krátký, hltanová mandle je velká. Jícen je dlouhý, široký, žaludek nemá typický tvar, jeho kapacita je 7 ml, (ve čtyřech letech asi 650 ml). Svěrač žaludku není příliš silný. Žaludeční šťáva má nižší PH, štěpí bílkoviny a zajišťuje srážení mléka. Vývoj jater pokračuje po narození, slinivka břišní je malá a u tlustého střeva chybí typické výdutě stěny střeva, vyprazdňování probíhá automaticky, svalovina svěračů je slabá (Slezáková a kol., 2010).

Časté zvracení a ublinkávání je u novorozenců dáno sníženou kontrolou střevní peristaltiky, snadným zpětným pohybem stravy směrem k dutině ústní, nedokonalostí sání, polykání a pomalejším vyprazdňováním žaludku (Nováková, 2012).

Během roku se postupně vyvíjí trávicí funkce, kolem 6. měsíce je schopen GIT

vstřebávat škrob, bílkovinu, tuk z nemléčné stravy. Kojenec má malou kapacitu žaludku. Není proto vhodná objemná a nízkokalorická strava (Kudlová a Mydlilová, 2005).

GIT novorozence je sterilní. Způsob výživy (kojení, umělá výživa), prostředí, ve kterém se dítě pohybuje (porodnice, domov, inkubátor), významně ovlivňuje složení střevní mikroflóry. Po ukončení kojení, převedení na smíšenou stravu se střevní mikroflóra začíná podobat té dospělé (Sýkora, Swarz a Konrád, 2006).

Zpočátku každý novorozenec ubude až 10 % ze své porodní váhy, je to dáno tím, že v prvních dnech ztrácí tekutiny stolicí, močí, vydechovaným vzduchem a kůží. Obvykle se třetí až čtvrtý den pokles hmotnosti zastaví (Matoušek, 2009).

V roce by měla váha dítěte dosáhnout trojnásobek své porodní hmotnosti. Roční dítě váží v průměru 10 kg. V tomto věku je důležité sledovat hmotností příbytky v pravidelných intervalech. Pokud nejsou příbytky dostatečné, je vhodné dle potřeby analyzovat jídelníček a sledovat množství vypitého mateřského mléka. Na druhé straně ani nadměrná hmotnost kojence není zdraví prospěšná, nadváha v tomto období zvyšuje riziko vzniku obezity ve vyšším věku se závažnými komplikacemi - DM, dna, kardiovaskulární onemocnění...(Cabrnchová, Švejcar a Frühauf, 2009).

1.3 Základní složky stravy

Strava by měla obsahovat všechny základní složky mikroživin a makroživin. Bílkoviny, tuky, sacharidy patří mezi makroživiny, sloužící nejen jako zdroj energie, ale jsou i stavební kameny. Jsou také důležité při přeměně živin a tvorbě jiných. Tyto stavební látky potřebují hlavně děti pro svůj správný růst a vývoj. Dětský organismus je několikanásobně citlivější na škodlivé látky a je daleko snadněji poškozován. Další látky, důležité pro život, jsou mikronutrienty - mikroživiny (vitamíny, minerální látky), voda, vláknina. Nedodávají organismu žádnou energii, ale jsou nezbytnou složkou pro zajištění správné funkce metabolismu (Fořt, 2008).

1.3.1 Bílkoviny, sacharidy a tuky

Bílkoviny (proteiny) jsou základní součástí každé buňky v organismu, musí být stále obnovovány. Proteiny jsou tvořeny aminokyselinami, tělo je schopné si některé z nich vytvořit, některé musíme přijímat každý den v potravě. V mateřském mléku je ideální poměr aminokyselin, které jsou pro dítě životně nutné (Arndt, 2009).

Aminokyseliny jsou důležité jako stavební kameny tělesné tkáně pro růst a stavbu imunitního systému. Tvorba vlastních bílkovin je závislá na jejich příjmu potravou, v období růstu je potřeba bílkovin oproti dospělosti dvojnásobná (Fořt, 2008).

Pokud klesne příjem bílkovin pod kritickou hodnotu po delší dobu, může to u dětí vyvolat poruchu somatického a psychického vývoje. Může dojít ke zpomalení růstu, zvýšené náchylnosti k infekcím, snížené hojivosti ran, edémům z hladu, snížené hladiny krevních bílkovin (Hrstková a kol., 2003).

Bílkoviny živočišné nazývané též plnohodnotné, obsahují všechny nezbytné aminokyseliny důležité pro náš organismus. Zdrojem těchto bílkovin je maso, vejce, mléko, sýry, tvaroh. Tyto potraviny jsou však také zdrojem nežádoucích tuků. Pokud podáme bílkovinu kravského mléka, či vejce příliš brzy, může působit jako cizorodá látka, která naruší imunitní systém a metabolismus dítěte a může tak vyvolávat alergické reakce. Rostlinné bílkoviny jsou neplnohodnotné, neobsahují všechny nezbytné aminokyseliny. Jsou zdrojem vitamínů, minerálů (Arndt, 2009; Karmelová, 2010).

Nejdůležitější zdroj energie, pro některé tkáně jako je mozek, oční sítnice, červené krvinky, kůra nadledvin jsou sacharidy. Dělí se do čtyř základních skupin: monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza), polysacharidy (škrob, celulóza, glykogen), disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza, trehalóza) a oligosacharidy (Fořt, 2008).

Děti, které mají vysoký příjem sacharidů, jsou obézní, mají vyšší kazivost zubů a jsou náchylnější k infekcím. Při nedostatku cukrů spaluje organismus nejdříve tuky a poté bílkoviny. Snižuje aktivní tělesnou hmotu, ohrožuje tkáň jater a nakonec snižuje imunitu. Nejmenší děti ve věku minimálně do 6. měsíce jsou schopné tolerovat pouze

mléčný cukr (laktóza) a několik vyloženě specifických cukrů obsažených jen v mateřském mléce (Fořt 2008).

Laktóza je v mateřském mléku obsažena dvojnásobně než v mléku kravském. Je nepostradatelná pro vývoj CNC, vytváří střevní flóru. Pro první příkrm jsou vhodné jako zdroj energie přirozené sacharidy - bezlepkové obilné vločky, brambory, rýže (Arndt, 2009).

Tuky jsou důležitou živinou, významným zdrojem energie, chuťově atraktivní, ovlivňují vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K), tvoří základní složku tělesných tkání, hlavně nervového systému a buněčných membrán (Hrstková a kol. 2003).

Tuky dělíme na rostlinné (oleje) a živočišné (sádlo, máslo) a dle toho, jakou mastnou kyselinu obsahují - nasycenou či nenasycenou. Tuk je ve stravě kojenců velmi důležitý jako zdroj esenciálních mastných kyselin (nezbytné pro vývoj mozku), zvyšuje energetickou hustotu stravy. Mateřské mléko je bohatším zdrojem tuku, který děti do 1 roku umí zpracovat k tvorbě energie a tělesných tkání. Nedostatek tuků ve stravě může vést u kojenců v důsledku snížení přísunu kyseliny linolové ke vzniku opruzení, jejich kůže je suchá, zesílená, výrazně se štěpící. Nedostatečný příjem tuků může vést k nedostatku energie. Naopak nadměrný příjem vede ke zvyšování pravděpodobnosti vzniku dětské obezity a kardiovaskulárních onemocnění (Arndt 2009; Fořt, 2008).

1.3.2 Vitamíny a minerální látky

Vitamíny dělíme dle rozpustnosti na vitamíny rozpustné v tucích - A, D, E, K (tělo je dokáže dobře ukládat) a vitamíny rozpustné ve vodě - C, vitamíny komplexu B - B1, B2, B6, B12, biotin, ty je třeba organismu neustále dodávat (Arndt, 2009).

Plně kojené děti dostávají prostřednictvím mateřského mléka téměř všechny vitamíny, pokud matka přijímá vyváženou stravu (Arndt, 2009).

Vitamin D je důležitý pro pevnost kosti, jeho nedostatek u dětí způsobuje křivici (rachitis). V mateřském mléce je vitamínu D malé množství, proto je nutné ho dětem

dodávat ve formě kapek. Vitamin K je důležitý pro srážlivost krve, dětem je aplikován ihned od narození. Vitamin A je nezbytný pro vytváření imunoglobulinu, pro stavbu kůže, sliznice, pro růst a pro regeneraci očí, děti ho potřebují až s prvním příkrmem. Vitamin E je důležitý pro metabolismus tuků, chrání nenasycené mastné kyseliny před zničením, mateřské mléko pokrývá potřebu tohoto vitamínu. Vitaminy skupiny B jsou obsažené v mateřském mléce v dostatečném množství. Vitamin B12 je důležitý pro krvetvorbu a růst, vitamin B1 se účastní metabolismu sacharidů, vitamin B2 je důležitý pro kůži, sliznici, zrak, vitamin B6 je nepostradatelný pro nervový systém, imunitní systém a krvetvorbu, Biotin je nepostradatelný pro kůži a vlasy. Vitamin C se podílí na zbavování těla škodlivin, podporuje vstřebávání železa a hojení ran, stimuluje imunitní systém, dítě jej přijímá dostatečně v mateřském mléce (Arndt, 2009; Karmelová, 2011).

Minerální látky nejsou zdrojem energie, mají řadu jiných úkolů. Udržují osmotický tlak, acidobazickou rovnováhu, působí při sražení krve a při nervosvalové dráždivosti, jsou součástí hormonů a enzymů, působí jako antioxidanty (Hrstková a kol., 2003).

Dělíme je na minerály (vápník, fosfor, draslík, sodík, hořčík, chlor) a stopové prvky - železo, zinek, jod, selen, měď, fluor (Kudlová a Mydlilová, 2005).

Železo se podílí na mnoha metabolických procesech, je stavebním kamenem červeného krevního barviva (hemoglobinu), podílí se také na zvyšování odolnosti proti nemocem, na posilování imunity. Zvláště pro nejmenší je železo velmi důležité (Arndt, 2009).

Jeho nedostatek může být příčinou pomalejšího vývoje dítěte, vede k problémům se soustředěním, vyvolává únavu, anémii. Jeho nadbytek vede k poruchám orgánů a trávení. (Karmelová, 2010).

Po narození čerpá dítě železo ze zásob od své matky. Kojenecká výživa a mateřské mléko obsahují dostatek železa, pokud matka sama nedostatkem netrpí. Vápník odpovídá za tvorbu pevných kostí, dobrých zubů. V období růstu je přísun vápníku a fosforu velmi důležitý proto, aby kosti získaly co největší hustotu. K optimálnímu zpracování vápníku je zapotřebí vitamín D. Pokud má tělo vápníku nedostatek, bere si ho z kostí a tím mohou vznikat různá kloubní a kostní onemocnění. Zdrojem vápníku je mateřské mléko, mléčné výrobky, listová zelenina, mandle, sója, sezamová semínka.

Fluorid chrání před zubním kazem, zinek potřebuje dítě pro správný vývoj, je nepostradatelný pro hojení ran, imunitu, energii, normální chuť k jídlu, odpovídá za růst vlasů a jejich strukturu. Jód podporuje růst a vývoj dětského organismu, ukládá se ve štítné žláze, která reguluje metabolismus. Nedostatek jódu vede k poruchám štítné žlázy, jeho nadbytek vede k vyrážkám a měknutí dásní. Sodík reguluje krevní tlak a spolu s draslíkem a chloridem podporují správné buněčné funkce. Hořčík pomáhá při regulaci krevního tlaku, v koordinaci svalů a nervů, posiluje imunitní systém, jeho nedostatek vede ke křečím, nadbytek k závratím (Arndt, 2009; Karmelová, 2011).

Měď je obsažena především v játrech, zinek je součástí některých enzymů i hormonů, mangan je součástí některých enzymů, kobalt hraje roli v krvetvorbě jako součást vitamínu B12 (Hrstková a kol., 2003).

1.3.3 Voda a vláknina

Neméně důležitou složkou stravy je voda. U dospělého tvoří přibližně 60 % celkové hmotnosti těla. Často se mezi živiny nezařazuje, protože tělu nedodává ani výživu, energii či esenciální složky, ale bez vody je lidský organismus schopen přežít pouze několik dní. Příčinou vážných zdravotních problémů může být ztráta pouhých 8 % vody celého těla (kolem 4 litrů). Pro člověka je ztráta 20 % tělesné vody smrtelná. Voda rozvádí všechny důležité živiny a minerály. Příjem tekutin je důležitý pro látkovou výměnu, termoregulaci, dobrou funkci ledvin a vylučování toxických látek, které v těle vznikají. Odpovědí organismu na nedostatek vody bývá únava, nesoustředěnost, bolest hlavy, nespavost. Množství tekutin, které by měl jedinec přijímat je závislé na věku, pohlaví, fyzické aktivitě, tělesné váze, prostředí, způsobu stravování (Jelínek, 2010).

Novorozenec má vysoké procento vody v těle 75 - 80 %, děti mají větší potřebu vody oproti dospělým. Pro dětský věk je typická hydrolabilita, dochází snáze k dehydratacím, při ztrátách vody a naopak k hyperhydrataci, díky nadbytku vody. Odpovědí je např. tvorba otoků, zvýšena diuréza (Hrstková a kol., 2003).

Vláknina se stejně jako voda neřadí mezi živiny, ale v organismu dítěte hraje

důležitou roli. Je to skupina látek patřící mezi sacharidy, obsažených v rostlinných potravinách. Tělo vlákninu nedokáže strávit. Tím, že dítě žvýká potravu bohatou na vlákninu, podporuje se tak tvorba slin a ty chrání první zoubky a napomáhá zdravému trávení. Vlákna vstřebává vodu, váže na sebe například cholesterol (Fořt, 2008; Karmelová, 2011).

1.4 Výživová opatření dle současných doporučení

Doporučení pro kojeneckou výživu se stále vyvíjí. V roce 1990 schválilo Světové zdravotnické shromáždění doporučení kojit do 4 - 6 měsíců, WHO doporučovala kojit nejméně 1 rok a déle. V roce 1994 schválilo shromáždění doporučení výlučně kojit přibližně 6 měsíců věku (Kudlová, 2005).

V současné době jsou uváděna pro kojeneckou výživu doporučení WHO z roku 2001 a doporučení ESPGHAN a EFSA Organizace WHO preferuje výhradně kojit do šestého měsíce věku dítěte. Doporučení bylo podloženo rozsáhlými studiemi, podle nichž je exkluzivní kojení do 6. měsíce věku výhodnější než kojení do 3. až 4. měsíce věku dítěte. Při plném kojení do 6. měsíce věku byl významně nižší výskyt gastroenteritid, nebyl zaznamenán růstový deficit. Děti, které byly kojené déle než 6 měsíců, měly méně recidivujících otitid, měly méně často pneumonie, než děti kojené 4 - 6 měsíců. Při plném kojení bylo zaznamenáno také nižší riziko hospitalizace pro infekci do tří měsíců věku (Cirmanová, 2012).

Na podkladě globálních doporučení vypracovala WHO rámcová doporučení v 10 okruzích (příloha 2) (Kudlová a Mydlilová, 2005).

Organizace ESPGHAN a EFSA se zabývají komplementární stravou, doporučují zařazovat nemléčnou stravu v době od konce 4. do 6. měsíce věku. Doporučení vychází z publikací, které poukazují na vyšší výskyt potravinových alergií a celiakie při oddalování zavádění potenciálních alergenů a lepku (Cirmanová, 2012).

Názory na komplementární výživu kojenců se vyvíjely. Na začátku 20. století, byla kojencům nabízena solidní strava již kolem 3. měsíce. V 70. letech minulého století se

objevovaly pochybnosti o tomto postupu, především pro narůstající alergická onemocnění. V roce 1982 vydalo ESPGHAN doporučení, které deklarovalo, že solidní strava by neměla být podávána před 3. měsícem a ne déle než v 6. měsíci. Tento postup podpořila deklarace WHO z roku 2001. Potraviny jako burské oříšky, vejce a ryby je doporučováno vzhledem k velkému nárůstu alergických onemocnění odsunout až ke konci prvního roku života. Kojení pravděpodobně redukuje riziko celiakie, mateřské mléko umožňuje rozvoj orální tolerance ve vztahu k lepku či k ostatním jídelním antigenům. Komplementární výživa, dle současných poznatků, by měla být zaváděna včetně lepku do stravy ne před koncem 4. měsíce a ne později než v 6. měsíci věku (Frühauf, 2012).

1.5 Přirozená výživa novorozenců a kojenců

První rok života dítěte můžeme z hlediska výživy rozdělit na tři časové úseky.

První období je doba výhradně mléčné stravy, kdy je dítě kojeno nebo dostává mléčné příkrmy. Druhé období je období přechodné, kdy k mateřskému či umělému mléku dostává kašovitě nemléčné příkrmy (komplementární výživa) a třetí období smíšené stravy, kdy je k mléčné stravě zařazována upravená strava dospělých vhodná pro dítě v tomto věku. Každé období trvá přibližně 4 - 6 měsíců, záleží nejen na psychomotorickém vývoji dítěte, na funkční schopnosti trávicího ústrojí kojence, ale i na individuálním rozmanitém vývoji dítěte (Ondriová, Sinaiová a Mrosková, 2013).

Nenahraditelný způsob výživy novorozence a kojence je kojení. Je to základní instinkt, kterým matky příroda vybavila. Pokračuje zde spojení matky s dítětem. Dítě přechází z výživy pupečnickem na výživu prsní žlázou. V posledních letech je na kojení a jeho podporu kladen stále větší důraz. Bylo napsáno mnoho publikací a článků, provedeno mnoho výzkumů. Od roku 2001 stále platí doporučení WHO, kde je preferováno výlučné kojení do 6. měsíce věku dítěte. V ČR podporuje kojení Český národní výbor UNICEF, který zahájil iniciativu za vznik BFHI- Baby Friendly Hospital Initiative a Laktační liga, která vydává naučné časopisy pro rodiče a provozuje webové

stránky, existuje i národní linka kojení, kde je dostupná telefonická pomoc při řešení problému s kojením (Dvořáková, 2011; Cirmanová 2012).

Prvním českým nositelem tohoto titulu se v roce 1992 stala porodnice v Praze - Krči. Z necelé stovky porodnic je do roku 2011, kde speciálně vyškolený personál zná zásady důležité pro kojení a matky v kojení účinně podporuje, v ČR registrováno 68 „baby friendly“ nemocnic (Gaskinová, 2011).

Nemocnice, které mohou získat statut tzv. „Baby friendly hospital“ plní desatero úspěšného kojení (příloha 3), které je deklarováno organizací UNICEF, díky plnění tohoto desatera se zvyšuje počet kojených dětí (Hrstková a kol., 2005).

1.5.1 Výhody a kontraindikace kojení

Kojení má pro matku i dítě své výhody. Pro dítě znamená optimální složení stravy pro zdravý růst a vývoj. Mateřské mléko obsahuje imunologické faktory, chrání dítě před průjmovými onemocněními, infekcemi dýchacích cest, záněty středního ucha, prevence civilizačních chorob (ateroskleróza, DM aj.). Kojení vytváří pevné vazby a citové pouto matky a dítěte, je ekonomicky výhodné a má pozitivní vliv na psychiku a na celkový emocionální vývoj dítěte. Kojení slouží i jako prevence náhlého úmrtí dítěte a prevence vzniku obezity (Fruhauf, Nevoral a Paulová, 2003).

U matky dlouhodobější kojení přináší také řadu výhod. Pokud je dítě přiloženo po nekomplikovaném porodu k prsu, dochází k rychlejší zástavě krvácení. Tím se snižuje poporodní ztráta krve, což znamená nižší výskyt anemií v poporodním období. Brzké přiložení urychluje zavinutí dělohy. Kojení snižuje riziko rakoviny prsu, vaječnicků, dělohy a chrání před osteoporózou v pozdějším věku. Má velký význam k utváření kladného vztahu k dítěti (Hrstková a kol., 2003;)

Mateřské mléko je sterilní, má optimální teplotu a je k dispozici v každém okamžiku. Tvorba mléka je náročný metabolický proces, je řízena hormonálními pochody, příprava mléčné žlázy na kojení probíhá po celou dobu gravidity. (Fendrychová a Borek, 2012).

Může dojít i k situacím, kdy se kojení nedoporučuje. Ze strany matky může být důvodem těžké onemocnění - srdeční selhání, vážné onemocnění ledvin, jater, plic, psychiatrická onemocnění (psychózy, laktační psychóza - kdy může být ohrožen život dítěte). Mezi další onemocnění, které jsou kontraindikací kojení je aktivní TBC (dítě může být infikované kontaktem s matkou, ne mateřským mlékem). Riziko přenosu infekce virem HIV u matek, které byly infikovány v průběhu těhotenství, není velké. Vyšší riziko přenosu infekce je u dětí, jejichž matky se nakazily až v průběhu kojení (Fendrychová a Borek, 2012).

Matky, které užívají pravidelně nějaké léky, by se měly o dalším užívání během laktace poradit se svým lékařem či neonatologem. Je třeba počítat, že všechny léky více či méně přecházejí do mateřského mléka a je zapotřebí sledovat stav dítěte, který může být nepříznivě ovlivněn. Při kojení jsou kontraindikované tyto léky: cytostatika, psychostimulancia, litium, drogy - heroin, kokain, námelové alkaloidy, radioizotopy. Krátkodobé přerušení kojení vyžaduje podání radioizotopů a RTG kontrastních látek. Alkohol, nikotin a kofein jsou kontraindikovány relativně (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Ze strany dítěte jsou kontraindikací kojení metabolické poruchy: galaktosémie (ze stravy musí být vyloučena laktóza), fenylylketonurie, nemoc javorového sirupu. Virové infekce, angína, infekce močových cest, hepatitida B, CMV nejsou kontraindikací kojení, naopak dítě dostává protilátky. Mezi léky, které lze bezpečně užívat v malém množství při kojení řadíme například: bronchodilatancia, vitamíny, železo, antihistaminika, inzulin, digoxin, analgetika a většinu ATB (Fendrychová a Borek, 2012).

1.5.2 Tvorba, složení a druhy mateřského mléka

Po celou dobu těhotenství probíhá proces přípravy mléčné žlázy na tvorbu mléka. Základní hormony, které se na tomto procesu podílí, jsou prolaktin a oxytocin. (Sedlářová a kol., 2008).

Tvorba MM je nastartovaná porožením dítěte. Laktaci podpoří včasné přiložení dítěte k prsu. Mateřské mléko, které se tvoří v prvních dnech po porodu, se nazývá mlezivo (kolostrum), mléko tvořící se mezi 5 - 14 dnem po porodu se nazývá přechodné mateřské mléko. Po 14 dnech po porodu se tvoří mléko zralé (Hrstková a kol., 2003).

Složení mateřského mléka se v celém období laktace mění. Je přizpůsobené měnícím se potřebám a nárokům rostoucího dítěte. Kolostrum (mlezivo) je velmi bohaté na imunoglobuliny zejména IgA, který působí jako první ochrana před infekcí, povléká sliznici trávicího ústrojí a chrání tak dítě před osídlením bakteriemi. Imunoglobulin IgE snižuje výskyt alergických projevů novorozence a kojence. Kolostrum má vysoký obsah bílkovin (laktalbumin a kaseinu), je lehce stravitelné, díky většímu podílu laktalbuminu (syrovátková bílkovina), kaloricky vydatné. V menším množství obsahuje kasein (mléčná bílkovina) (Fendrychová a Borek, 2012).

V kravském mléku je podíl kaseinu větší, proto je pro dítě hůře stravitelné. Díky lactoferinu a laktózy má dítě vhodné prostředí pro růst bakteriálního kmene *Lactobacillus bifidus*, ten zabraňuje usidlování patogenních bakterií ve střevě. Následuje mléko přechodné, které se po několika dnech mění v mléko zralé. Má prebiotický efekt. Zralé mléko obsahuje více tuků, laktózy a zinku. Krátce po přiložení k prsu, dítě dostává tzv. přední mléko, které obsahuje hlavně laktózu, je bledší a sladší, toto mléko slouží k uhašení žízně. Během kojení se mléko mění v tzv. zadní, které již obsahuje více tuků, poskytuje dítěti více energie a dítě více zasytí. Z tuků jsou v MM zastoupeny triacylglyceroly - důležité pro rozvoj CNS novorozence, cholesterol - dítě se ho naučí zpracovávat, a to může mít vztah k prevenci aterosklerózy a výskytu kardiovaskulárních onemocnění. MM obsahuje enzym - lipáza, který rozkládá tuky. Ze sacharidů jsou v MM zastoupeny laktóza, disacharid složený z glukózy a galaktózy, představují zdroj energie, dítě je lehce stráví. Příznivá střevní mikroflóra a laktóza

usnadňuje vstřebávání vápníku a železa. Zralé mléko obsahuje vitamíny stejné jako kolostrum. Vitamíny skupiny B a vitamín C jsou v mléce v dostatečném množství. Mlezivo sice obsahuje větší množství vitamínu K než zralé mléko, avšak jeho množství je pro dítě nedostačující. Každý novorozenec dostává vitamín K ihned po porodu jako prevenci krvácivé choroby. Vitamín D je nutné dítěti podávat, jeho množství v mléce je pro novorozence nedostačující. Vápník a fosfor jsou obsaženy v ideálním poměru. MM obsahuje též dostatečné množství selenu, zinku, kobaltu, mědi. Množství jódu je závislé na množství ve stravě matky (Dvořáková, 2011; Fendrychová a Borek, 2012).

1.6 Úloha sestry ve výživě dětí do 1 roku

Sestra v současnosti plní tyto role: sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče, manažerka, advokátka, nositelka změn, výzkumnice, mentorka, edukátorka (Farkašová a kol., 2006).

Edukace je výchova a vzdělání, kdy je sestra v roli edukátora - dává informace a pacient je v roli edukanta - přijímá informace. Edukace, kterou sestra vykonává v edukačním prostředí (např. novorozeneckého oddělení či ordinace praktického lékaře pro děti a dorost) se nazývá primární edukace. Je zaměřena na zdravého jedince a předchází tak zdravotním problémům, v tomto případě matek, novorozenců a kojenců. Edukace je směřována k podávání dostatku informací a praktických dovedností. Nejčastější otázky rodičů, zvláště pak matek, které se obracejí na sestru, se týkají výživy a příjmu tekutin (Sikorová, 2012).

Edukace v péči o novorozence a kojence je velmi specifická, protože je směřovaná výlučně k rodičům dítěte. Cílem edukace je zapojit matku do péče o dítě co nejdříve. Důležité je nejprve matku teoreticky poučit, o možných komplikacích, které mohou vzniknout, jak jim předcházet, jak na ně reagovat. Teoretické informace je vhodné doplnit tištěným materiálem, videonahrávkou, praktickými ukázkami. Sestra by neměla dělat věci za matku, ale pomáhat a podporovat ji. Mělo by být dostatek prostoru na otázky ze strany matek a pro diskusi (Sedlářová a kol., 2008).

Péče o matku a dítě by měla pokračovat i po propuštění do domácího prostředí v rámci preventivních prohlídek v ordinaci praktického lékaře s pravidelným vážením kojence. Nejčastěji se právě až v domácím prostředí projeví a objeví první potíže s kojením (Hrstková a kol., 2003).

1.6.1 Úloha sestry v podpoře kojení

Úspěšné kojení závisí nejen na vůli a přání matky, ale i na její podpoře ze strany zdravotnického personálu, který podá matce odpovídající informace a praktickou pomoc. V prenatálním období je důležité, aby zdravotnický personál (sestra či lékař) informoval těhotné ženy o významu a prospěšnosti kojení, provedl vyšetření prsou, které by mohly být díky anatomické malformaci překážkou kojení, seznámil se správnou technikou kojení, podal informace o správné výživě během těhotenství. Bezprostředně po porodu je důležité, aby sestra přiložila dítě k prsu do 30 minut po porodu. Praktikování roaming - in, podpora kojení bez omezování délky a frekvence, výlučné kojení jsou faktory podporující kojení novorozence. Sestra seznámí matku s tím, co by měla dělat pro úspěšné kojení doma. (Sedlářová a kol., 2008).

Celková délka kojení závisí na faktorech (podpora kojení, věk matky, včasnost dočrvení, životní úroveň, kouření, vzdělání, zaměstnání, sociální stav, používání dudlíku a společné spaní). Nejčastější příčina přerušování kojení v prvních 6 měsících, je ze strany matek. Domnívají se, že nemají dostatek mléka. Primárně důležitou roli zde hraje zdravotnický personál (sestra či lékař), který matky podporuje a povzbuzuje (Nagy a Vinklerová 2011).

1.6.2 Edukace sester o technice a zásadách kojení

Své dítě kojit může téměř každá žena, důležité je, aby sestra dokázala matku

povzbudit a ujistit, že i ona bude schopna kojit a překonat eventuelní problémy, velkou pozornost je nutné věnovat prvorodičkám a ženám se špatnou zkušeností s kojením (Sedlářová a kol., 2008).

K úspěšnému kojení je důležité správné zvládnutí techniky kojení, kterou by měla matka znát ještě před porodem (Fendrychová a Borek, 2012).

I přes rozdíly, které se u dětí vyskytují - temperament, chuť k jídlu, pohyblivost jazyka, tvar obličeje, brady, existují obecná pravidla k efektivnímu kojení. V první řadě je důležité, aby sestra ukázala matce správnou polohu při kojení (příloha 4) (Hofhanzlová, 2007).

Další ze zásad, kterou by měla sestra matce sdělit je, že dítě je přikládáno k prsu ne prs k dítěti. Matka by měla držet prs tak, aby se prsty nedotýkaly dvorce. Prs podpírá zesponu všemi prsty krom palce, který je nad dvorcem (Fendrychová a kol., 2009).

Pokud máme správnou polohu dítěte, správně uchopený prs, nabídneme jej dítěti tím, že otíráme bradavku lehce o tvář a o rty dítěte. Vyvoláme tak hledací reflex, dítě rozevře ústa, vysune jazyk (Hofhanzlová, 2007).

Poté mu prs nabídneme a vsuneme tak, aby dítě vzalo co největší část dvorce na straně bradičky, hluboko zasunutá bradavka stimuluje sací reflex (Cabrnichová, Švejcár a Frühauf, 2009).

Správně přiložené dítě má bradičku zabořenou do prsu a nosík se jen dotýká, dýchá boční stranou nosních dírek, matka nemusí oddalovat prs a riskovat tak nesprávné uchopení prsu dítětem. Sestra informuje matku o nevhodnosti rušení dítěte při sání (Fendrychová a Borek, 2012).

Dítě má při správném přiložení ohrnut dolní ret, nevpadají mu tváře, jazyk je pohárkovitě stočen pod bradavkou, ušní boltce se pohybují, neslyšíme srkání. Dítě je klidné, nepouští se prsu, nekřičí (Cabrnichová, Švejcár a Frühauf, 2009).

Sestra informuje matku o používání dudlíku a lahviček, které mohou kazit techniku sání. Pití z prsu a z láhve jsou dva odlišné způsoby. Při sání z lahve jsou rty uvolněné, mléko snadno vytéká z otvorů v savičce, špička jazyka se nemusí posunovat dopředu a zpět, ale vysune se vzhůru (Sedlářová a kol., 2008).

1.6.3 Úloha sestry při řešení problémů s kojením

Problémy spojené s kojením nejsou vzácné, mohou se objevit časně, později, či v průběhu laktace. Mezi problémy ze strany matky patří bolestivé nalítí prsou, pozdní nástup laktace, ragády a poranění, mastitida, retence mléka (Sedlářová a kol., 2008).

Pozdní nástup laktace (mléko se začne tvořit až 5. - 6. den po porodu) může mít za následek nedostatečné sebevědomí matky. Zde je důležité, aby sestra podpořila sebedůvěru matek, doporučila překlenout toto období podáním pasterizovaného mateřského mléka alternativním způsobem - lžička, kádinka, sonda připevněná k bradavce (Frühauf, Nevoral a Paulová 2003).

V období kojení může vzniknout i tzv. „laktační krize“, která má přechodný charakter. Tvorba mléka náhle poklesne zpravidla na několik hodin až dnů. Sestra matku uklidňuje a podporuje ji. Edukuje ji o nutnosti podat neklidnému dítěti odstříkané mléko, eventuelně i umělou výživu (Cabrnochová, Švejcar a Frühauf, 2009).

Bolestivé nalítí prsů vzniká při neplynulém vyprazdňování prsu dítětem, špatnou technikou sání, provázející zvýšení tvorby mléka. Při bolestivém nalítí prsů sestra doporučí matce přikládat studené až ledové obklady, praktikovat reflexní masáže, odstříkávat mléko těsně před kojením (Sedlářová a kol., 2008).

Ploché, málo vytažitelné nebo vpáčené bradavky mohou působit značné obtíže. Pokud jsou matce doporučeny speciální vložky do podprsenky, nemusí se tento problém zdát neřešitelný. Někdy pomůže vytvarování bradavky prsty či odstříkání těsně před kojením. Pokud je bradavka natolik anatomicky nevhodná ke kojení, mohou sestry nabídnout silikonové kloboučky, v krajním případě je dítě dokrmováno matčíným odstříkaným mlékem (Frühauf, Nevoral a Paulová, 2003).

Retence mléka je způsobena ucpáním mlékovodů. Většinou postihuje jeden prs a vzniknout může kdykoliv. Matka si nahmatá bolestivé tuhé zduření části prsu typicky v podpaždí. Matka může mít teplotu, bolesti kloubů, svalů pocit schvácenosti (Hofhanzlová, 2007).

Od mastitidy se liší přesným ohraničením zánětu a rychlou úpravou do dvou dnů (Frühauf, Nevoral a Paulová, 2003).

Tento problém není důvodem k ukončení či přerušení kojení, sestra aplikuje matce studené obklady mezi kojením, masáže a antipyretika či teplé obklady těsně před kojením. Mastitida je infekční zánět mléčné žlázy, kdy je prs bolestivý, zarudlý. Léčí se antibiotiky, lokální léčbou stejnou jako u retence mléka. Tato komplikace není důvodem k odstavení dítěte, někdy je nutné chirurgické řešení, kdy se přechodně nedoporučuje z postiženého prsu kojít (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Ragády a poranění jsou výsledkem špatné techniky kojení. Zvolením špatné polohy matky a dítěte, či špatné přísávání dítěte k prsu. K poškození bradavky stačí jedno špatné přiložení, pokud je dítě správně přiloženo délka přísátí na vznik ragád nemá vliv (Frühauf, Nevorál a Paulová, 2003).

Pro zlepšení stavu bradavek sestra opraví techniku kojení. Naučí matku přerušovat kojení (vsunutím malíku do koutku úst dítěte, které pak samo prs pustí), po každém kojení nechat bradavku volně zaschnout na vzduchu, preventivně po každém kojení aplikovat hojivou mast (Cabrnachová, Švejcar a Frühauf, 2009).

Obtíže mohou nastat i ze strany dítěte, které je ikterické, přechodně spavé, méně se hlásí k pití. Aby tvorba mléka neklesla, je důležité, aby sestra edukovala matku o nutnosti stimulace dítěte k pití. Kojení u dítěte s rozštěpem patra je velmi obtížné. Sestra doporučí matce, aby si prs před kojením zformovala odstříkáním, polohu dítěte volila spíše vertikální, tak aby tkáň prsu zakryla defekt dítěte. Matky dětí s drobnými anatomickými odchylkami v obličejí a ústech (krátká uzdička, malá brada, drobná ústa neúměrná velikosti bradavky, jazyk vzadu v ústech) by měly být poučeny o správně zvolené poloze a technice. Sestry mohou matkám doporučit pomůcky (kloboučky). U dítěte, které po každém kojení ublinkává, je nápadně neklidné, často pláče, neprospívá, může sestra pomýšlet na GER (gastroezofageální reflux). Při podezření na toto onemocnění sestra doporučí matce kojení s pauzou na odříhnutí, kojení ve speciální zvýšené poloze malými dávkami. Edukuje o nutnosti zvýšené polohy dítěte 24 hodin. Pokud se podezření potvrdí, sestra podává dítěti před kojením odstříkané mléko zahuštěné speciální směsí. Další problém, který může nastat při kojení, je že dítě neprospívá v prvních týdnech, jeho váhový úbytek je pod 10 % od porodní hmotnosti. Dítě je neklidné, nespokojené, ikterické, má málo promočených plen, má méně časté

stolice. Sestra pátrá po skutečném nedostatku mateřského mléka, dítě váží před a po kojení, přesvědčí se, zda pije efektivně. (Frühauf, Nevoral a Paulová, 2003).

Téměř polovina matek pociťuje při kojení problémy různé intenzity a trvání. Pokud dodržuje správné a přirozené režimové opatření, naučí se od začátku správné technice kojení, je možné většině problémů zabránit. Důležitá je edukace budoucích matek formou předporodní přípravy, správné vedení a cílená intervence v případě hrozících potíží a správné řešení již vzniklých problémů (Frühauf, Nevoral a Paulová, 2003).

Pokud je matka na možné problémy spojené s kojením připravená, věří, že je možnost je překonat, s oporou zdravotníků (sester) a blízkých to možné je (Cabrnchová, Švejcar a Frühauf, 2009).

1.6.4 Edukace sester o alternativních způsobech krmení a odstříkávání mateřského mléka

Pokud přes veškeré snahy sester není možné ze strany matky či dítěte kojení, nastupují zde alternativní metody, které kojení nahradí. Sestra naučí matku krmení lžičkou, kapátkem či stříkačkou. Matka je s touto metodou seznámena prakticky. Dalším alternativním způsobem, který sestra matku naučí je krmení pomocí hrnečku či kádinky. Metoda je vhodná pro nezralé děti, děti s poruchou koordinace sání a polykání. (Fendrychová a Borek, 2012).

Pokud má matka bolestivě nalitá prsa, kojenec prs odmítá nebo trpí retencí mléka, sestra seznámí matku s možností odstříkávání mléka manuálně či s pomocí odsávaček (Hrstková a kol., 2003).

Sestra poučí matku o způsobech uchovávání odstříkaného mateřského mléka (odstříkané mateřské mléko, které ihned dítěti nepodáme, je možné uchovat v lednici 24 hodin, hluboce zmrazené mléko vydrží v mrazničce 3 měsíce. Před podáním mléko necháme rozmrazit nejprve v lednici, poté ohřejeme ve vodní lázni při teplotě 37°C) Poučí matku o nevhodnosti používání mikrovlnné trouby na rozmrazování mléka (vitamíny a imunoglobuliny jsou tímto způsobem zničeny). Poučí matku, že veškeré

pomůcky, které přijdou do styku s mateřským mlékem, by měly být sterilní. Mléko, které bylo jednou ohřáté, nesmí být znovu použito. Pokud se matka rozhodne k manuálnímu odsávání, měla by být sestrou poučena o správné technice. Matka by měla mít k dispozici vyvařenou nádobu a důkladně umyté ruce. Pokud se matka rozhodne pro odsávání mléka pomocí odsávaček, sestra seznámí matku s typem odsávačky mechanické či elektrické. Mechanickou odsávačku či nástavce elektrické odsávačky sestra podá matce vysterilizované. Při odsávání je matka edukována sestrou o správném postupu. Matka je v předklonu, odsávačku sestra pomůže přiložit, tak aby nepoškodila bradavku. Nové typy odsávaček mají dvoufázové odsávání mléka, které napodobuje sání dítěte. Výhodou je v krátkém čase velký průtok mléka a podpora jeho tvorby (Fendrychová a Borek, 2012).

1.7 Umělá výživa

Mohou se vyskytnout závažné problémy, které nedovolí dítě plně kojit. Zde je nutné přistoupit k umělé mléčné stravě, jejíž složení odpovídá potřebám věku dítěte a přidruženým problémům, které mohou dítě provázet (Erbanová, 2011).

Existuje mnoho pověr a mýtů ze stran laické veřejnosti o kojenecké výživě. Jedním z nich je domněnka, že mléko může být kontaminováno v průběhu výrobního procesu a může být zdrojem infekčních onemocnění. Matky se též domnívají, že díky tepelnému ošetření se v kojenecké výživě snižují biologické a nutriční hodnoty. Tyto mylné informace vedou k řadě chybných kroků, kdy matky navyšují dávky mléčného prášku, v domnění, že dítě více nasytí. Matky, které nedůvěřují náhradní mléčné výživě, se uchylují po ukončení kojení k podávání neupraveného kravského mléka. Následkem je neprospívání dítěte. V kravském mléku je nadměrná hladina bílkovin a minerálních látek, které zatěžují ledviny. Dítě má nedostatek železa, esenciálních mastných kyselin. Je vystaveno vysokému riziku vzniku alergie na bílkovinu kravského mléka. Některé matky podávají po ukončení kojení svým dětem ovocné nápoje, šťávy, džusy v domnění, že dítěti tímto způsobem zabezpečí příjem vitamínů. Dítě si však rychle

navykne na sladkou chuť, kterou vyžaduje a následkem bývá počáteční poškození vývoje chrupu a vznik obezity. Dítě trpí nedostatkem vápníku v pozdějším věku, protože se již k mléčným nápojům nevrátí (Dědek, 2009).

Pro výživu novorozenců a kojenců se připravují formule adaptací kravského mléka tak, aby se složení blížilo mateřskému mléku. Kravské mléko se adaptuje snížením obsahu bílkovin, změna poměru syrovátky a kaseinu na 60:40 (kravské mléko má poměr obrácený), zvýšení obsahu laktózy, obohacení o esenciální nenasycené mastné kyseliny, snížení obsahu solí, fortifikace vitamíny, vápníkem, železem a stopovými prvky. I přes to formule neobsahují řadu antiinfekčních, imunologických, hormonálních a růstových faktorů, které jsou v mateřském mléku výhodou. Energetický obsah je přibližně stejný jako v mateřském mléce (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Složení kojeneckých formulí se řídí direktivitou Evropské unie. Výroba těchto formulí je velmi složitá a technologicky náročná. Je jednoznačně určeno, jak má být mléko označeno, součástí textu by měly být informace o způsobu přípravy v jazyce, kde je mléko prodáváno (Cabrnichová, Švejcár a Frühauf, 2009).

Při výrobě sušeného mléka nejsou pasterizační teploty ani v závěrečné fázi sušení překračovány. Teplota nepřesahuje 68°C. Dávky vitamínů jsou voleny tak, aby splňovaly deklarované hodnoty i na konci expirační doby, přidávají se až po vychlazení mléčného prášku, vše je prováděno za aseptických podmínek. Výrobní proces se odehrává v uzavřeném prostoru, plnění prášku se provádí v přetlakové atmosféře filtrovaného vzduchu, dusíkem je pak následně vypláchnut zbytkový vzduch v obalu před jeho uzavřením, vytváří tak ochranou atmosféru po dobu trvání expirační doby (Dědek, 2009).

„Umělá kojenecká výživa nestojí na stejné úrovni jako mateřské mléko, je ale snahou, aby se mu co nejvíce přiblížila“ (Erbanová, 2011).

1.7.1 Počáteční a pokračovací formule

Počáteční (startovací) formule se podávají kojencům, kteří nemohou být živeni

přirozeným způsobem - kojením. U názvu mají připojenou číslici 1. Je možné je podávat od narození až do konce prvního roku života (Frühauf, Nevorál a Paulová 2003).

Některé počáteční formule mají ve svém názvu Forte, Hajaja, Extra a podávají se dětem před spaním, obsahují záměrně větší podíl kaseinu, používají se pro svůj vyšší sytívací účinek (Erbanová, 2011).

Pokračovací mléka jsou určena pro kojence od ukončeného 4. měsíce až do ukončení batolecího věku. Bývají označovány číslici 2. Oproti počátečním formulím mají nižší energetickou hodnotu a nižší obsah bílkovin a nekryjí plně potřeby dítěte. (Erbanová, 2011).

Tyto mléka jsou určena jako mezistupeň mezi počátečním a kravským mlékem, nejsou nezbytná, dítě může dostávat počáteční mléko až do 1 roku (Kudlová a Mydlilová, 2005).

1.7.2 Speciální formule

Při různých patologických stavech se používají speciální formule: antirefluxní mléko, formule s hydrolyzovanou bílkovinou, formule pro nezralé děti, formule po propuštění, formule s vysokým obsahem energie, sojové preparáty (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Antirefluxní (antiregurgitační) mléka, která bývají v názvu označena A. R., se podávají dětem, které neprospívají kvůli ublinkávání, které je způsobeno nezralostí kardioezofageální funkce. Speciální úpravy se využívají u počátečních i u pokračovacích formulí. Podávají se tam, kde selhala konzervativní léčba (zvýšená poloha, odříhávání během jídla...). Tyto speciálně upravené formule snižují energetickou ztrátu dítěte, díky sníženému počtu refluxních epizod. Antirefluxní mléka obsahují vlákninu karubin svatojánského chleba (rohovník obecný), rýžový škrob či guaru (látky bobtnající), který zvýší viskozitu mléka v žaludku (Erbanová, 2011).

Formule s hydrolyzovanou bílkovinou se rozdělují dle stupně štěpení bílkoviny. Pro

prevenci alergie u rizikových dětí se používají formule s nízkým stupněm hydrolyzy. Taková mléka jsou označována v názvu H. A. Při malabsorpčních syndromech, deficitu laktázy, alergii na kravské mléko, galaktosemii jsou využívány extenzivně hydrolyzované formule, obsahující silně hydrolyzovanou bílkovinu, cukry ve formě polymerů glukózy, žádnou laktózu. Z tuků jsou zastoupeny triglyceridy se středním řetězcem. U těžkých malabsorpcí, syndromu krátkého střeva se využívají směsi aminokyselin, maltodextrinu a MCT tuků (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Alergie na kravské mléko se objevuje již v minutách a hodinách po prvním kontaktu s bílkovinou kravského mléka. Objevuje se frekventní regurgitace, zvracení, průjem, krev ve stolici, zácpa aj. Po několika týdnech se může objevit atopická dermatitida, malabsorpce při postižení GIT (Erbanová, 2011).

Sojové preparáty se užívají z důvodu alergie na kravské mléko, při galaktosémii, deficitu laktázy, neobsahují bílkovinu kravského mléka a mléčný cukr. Zde je dobré myslet i na skutečnost, že může vzniknout zkřížená alergie i na sójovou bílkovinu! (Dort, Dortová a Jehlička, 2013).

Nezralí novorozenci vyžadují speciální přístup i ve výživě. Mají vyšší požadavky na spotřebu energie a bílkovin, mají nižší schopnost sekrece žlučových kyselin, tuky musí být ve formě MCT (mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem, které jsou snadno vstřebatelné a lehce využitelné). Cukry jsou ve formě polymerů glukózy (snadno se vstřebávají, pozvolna uvolňují do krve, nezpůsobují zažívací těžkosti). V těchto formulích je i vyšší množství makronutrientů i mikronutrientů. Pokud je nutné s těmito formulemi i nadále pokračovat po propuštění, musí pediatr vystavit lékařský předpis. Samotné mateřské mléko není pro tyto děti dostačující, je nutné ho obohatit. K jeho obohacení slouží preparáty ve formě prášku či tekuté (Hrstková a kol., 2003).

Formule obsahují hydrolyzovanou syrovátkovou bílkovinu, minerální látky (vysoký podíl kalcia a fosforu), stopové prvky, vitamíny, maltodextriny, speciální profil aminokyselin (Erbanová, 2011).

1.7.3 Úloha sestry při edukaci o přípravě kojenecké stravy a krmení z láhve

Výrobky kojenecké výživy musí odpovídat přísným hygienickým normám a požadavkům na složení. I pro přípravu stravy je nutné zachovávat přísnější hygienická pravidla. Mléko se ohřívá ve vodní lázni, zbylé mléko, které novorozenec nevypije, se vyhodí. V nemocnici sestry připravují stravu v mléčné kuchyňce, která je rozdělena na tři části: přípravná (umývají se lahvičky), vlastní mléčná kuchyňka (příprava a dávkování stravy), vedlejší místnost (sklady). Sestra by měla být schopna matku poučit o správné přípravě umělé výživy (Sedlářová a kol., 2008).

Imunitní systém dítěte není ještě v prvním půlroce života dostatečně zralý, proto je nutná při přípravě kojenecké výživy maximální hygienická pečlivost. Jejich střevní flóra si ještě nedokáže s choroboplodnými zárodky poradit (Arndt, 2009).

Savičky a umělohmotné uzávěry se v tlakovém hrnci vyvařují 20-30 minut, uchovávají se ve sterilním bubnu, ze kterého se vyndávají, pinzetou. (Sedlářová a kol., 2008).

Sestra matce názorně popíše a ukáže přípravu umělé výživy. Matka se řídí návodem na obalu, matka je seznámena o vhodnosti používání převařené vody pro přípravu mléka (varem se tak zničí případné bakterie), nesycené vody, která nezpůsobuje bolesti břicha a nadýmání dítěti a složením by měla odpovídat vhodností pro kojence. Vodu, která prošla varem, je nutné nechat při pokojové teplotě vychladnout (nezničí se tak probiotika, mléko se lépe rozpustí). Mléko je živná půda pro bakterie, které v něm rostou a pomnožují se, proto není vhodné ohřívání lahvičky, ze které dítě již pilo. Mléko před podáním matka ohřeje a zchladí na teplotu těla (Gregora a Zákostecká 2009).

Dříve bylo zvykem zkoušet teplotu tekutin ochutnáváním, dnes by sestry měly tento způsob zamítnout (v ústech bývá mnoho bakterií). A naučit matky postup správný, kdy ohřátou lahvičku protřepou a přiloží k zavřeným očním víčkům, pokud jim příjemně hřeje, má obsah lahvičky správnou teplotu. Kápnutí na hřbet ruky je také další způsob zjištění správné teploty pokrmů pro dítě (Trčka, 2005).

Sestra upozorní matku na nevhodnost ohřívání mléka v mikrovlnné troubě, mléko se nerovnoměrně ohřeje a hrozí spálení dítěte, lépe je ohřívání ve vodní lázni. Matka si

může připravit převařenou vodu do termosky, která je určena jen pro tento účel. (Gregora a Zákostecká, 2009).

Sestra doporučí matce správnou savičku (kulaté, anatomicky tvarované, silikonové, teflonové) s otvorem, který není příliš velký (aby dítě stačilo polykat) a ne příliš malý (aby se neunavovalo). Pokud matka používá anatomicky tvarovanou savičku, je dobré, aby ji vkládala dítěti do úst otvorem nahoru. Sestra názorně ukáže krmení dítěte z lahve. (příloha 5) Láhev drží tak, aby savička byla plná bez vzduchu. Po jídle nechá dítě odříhnout (Sedlářová a kol., 2008).

1.8 Nemléčné příkrmy

Nemléčný příkrm je složka ve výživě, která je viskóznější než mléko, později je ve formě hrudek a větších kousků. Měl by být nabízen lžičkou, dítě si tak osvojí nové dovednosti v příjmu potravy a poznává nové chuti. Předpokladem k zavádění příkrmů je určitá zralost dítěte – sedí s oporou a zvládne spolknout i tužší stravu (Cabrnichová, Švejcar a Frühauf, 2009)

Zaživací systém a ostatní orgány, které se na příjmu stravy podílejí, jsou schopny změny a to je doba vhodná k zavádění příkrmů. U plně kojených dětí je nejvhodnější doba k zavádění příkrmů dokončený 6. měsíc, dolní věková hranice k zavádění příkrmů je dokončený 4. měsíc života. Hlavní kritérium pro zavádění příkrmu je věk a prospívání dítěte. Dítě, které je plně kojené, ale je hladové a váhově neprospívá, je u něj možné začít s příkrmy dříve než v ukončeném 6. měsíci. U dítěte, které je na umělé výživě, prospívá, se nemusí ihned začínat s podáváním příkrmu v ukončeném 4. měsíci, je možné začít i déle. Při zavádění příkrmů před 4. měsícem může dítě ohrozit rozvojem alergií (Gregora a Zákostecká, 2009).

Předčasné příkrmování je spojené hlavně s riziky. Nutný přechod k nemléčným příkrmům z hlediska výživového a psychického vývoje dítěte je v druhém půlroce. Pokud má dítě silnou alergickou dispozici, lze posunout zavedení příkrmu až do ukončeného 7. – 8. měsíce ne déle, protože mezi 8. – 10. měsícem prochází dítě

obdobím ostychu a strachu z cizích lidí a vše, co je pro něj nové, obtížně přijímá. V této době je těžké s příkrmy teprve začínat, později se tak dítě učí hůře technice příjmu pevné potravy (jedení ze lžičky). Není vhodné dítě zároveň odstavovat a začínat s příkrmem. Dítě by nemělo prožívat více než jednu změnu za měsíc, je-li to možné, měla by být tato zásada velmi dlouho dodržována (Illková, Nečasová a Daňková, 2005).

1.8.1 Zavádění nemléčných příkrmů

Při zavádění příkrmů by měla matka začínat s monokomponentním zeleninovým pyré, z nedráždivé zeleniny (mrkev, hrášek, dýně) (Sedlářová a kol., 2008).

Nabídne dítěti na lžičce rozmělněné, v nesolené vodě vařené (lépe stravitelné a riziko vzniku alergie klesá) sladší zeleniny. Též může zeleninové pyré zamíchat do mléka. Matka podá jednu až dvě lžičky a dokojí nebo dá mléko umělé. Za 2 - 4 dny lze podat dítěti další druh zeleniny například brambor, brokolici, květák., časový rozstup je důležitý pro rozpoznání případné nesnášenlivosti některé nové potraviny (Gregora a Zákostelecká 2009).

Pokud se u dítěte do týdne objeví alergická reakce (vyrážka, suchý ekzém, opruzení, zvracení) na nové jídlo, je lépe matku edukovat o nutnosti vyřazení konkrétní potraviny na nějaký čas (Arndt, 2009).

Zeleninu, kterou dítě dobře toleruje, může matka v další fázi zkombinovat s masem. Maso je důležitý zdroj železa, bílkovin a mastných kyselin pro organismus (Gregora a Zákostelecká, 2009).

Maso podává postupně asi 6x týdně (zpočátku jen vařeného masa asi tak 1 lžice, po roce zvyšujeme na lžice tři), nejvhodnější je maso drůbeží, telecí a králičí (Sedlářová a kol., 2008).

Během třetího týdne nahradí nemléčný příkrm jednu mléčnou porci. Jednou týdně je vhodné nahradit maso zeleninovou polévkou se slepičím žloutkem, ten musí projít varem, tak se odstraní riziko přenosu bakteriální nákazy. Do jednoho roku není pro dítě vhodný vaječný bílek (silný alergen). Po masozeleninovém příkrmu může matka zařadit

ovocné pyré, rýžové a později i obilné kaše, nahradí tak dopolední a večerní porci mléka (Gregora a Zákostecká, 2009).

Začíná opět s monokomponentním pyré z nedráždivého ovoce (jablka, hrušky, banán), stejně jako u zeleniny i u ovoce každý nový druh je lépe podávat s časovým odstupem. Ovocné pyré není potřeba přislazovat, může se smíchat s neslazeným jogurtem (Sedlářová a kol. 2009).

Matka by měla být poučena, že citrusové plody (pomeranče, mandarinky, citróny a grepy), kiwi, ananas se dětem do 1 roku nepodávají. Sušené ovoce a ovoce z konzervy nejsou pro svůj vysoký obsah cukrů pro děti v prvním roce vhodné. Opatrně by se mělo začínat s rybízem, broskvemi, borůvkami, malinami, toto ovoce obsahuje velké množství kyselin. Působí agresivně na dětskou sliznici žaludku. Třešně a švestky se nabízejí dětem v prvním roce bez pecek, bez slupek ve formě kompotů (Arndt, 2009).

Matka je seznámena s přípravou obilných kaší, které jsou buď do mléka či mléko obsahují a ředí se jen vodou. Obilnina se v kaších vyskytuje samostatně nebo s ovocem či zeleninou. Kaše by měly být označeny druhem obilniny, ze které je vyrobena a věkem dítěte, od kterého ji lze podávat (Sedlářová a kol., 2008).

Není nutné jídla solit, nějak kořenit ani přislazovat. Slaná jídla zatěžují ledviny, které u kojence teprve dozrávají. Nadbytečný cukr též zatěžuje organismus a zvyšuje kazivost zubů (Gregora a Zákostecká, 2009).

Kousání a žvýkání mohou matky podporovat u svých dětí tím, že podávají dítěti syrovou zeleninu a větší kousky masa, či hrubě nasekané těstoviny. Matka by měla být poučena o pitném režimu dítěte, který je velmi důležitý. Pokud trpí dítě průjmovitým onemocněním, nebo má teplotu je třeba zvýšit množství tekutin. Dítěti je lépe podávat neslazené čaje, ředěné ovocné šťávy. Potřeba tekutin u dítěte v rozmezí 6 měsíců až jednoho roku je 900 – 1200 ml za 24 hodin (Gregora a Paulová, 2005).

1.8.2 Způsoby podávání nemléčných příkrmů

Výrobky kojenecké výživy podléhají hygienické kontrole a musí je schválit Česká

pediatrická společnost J. E. Purkyně, musí odpovídat přísným hygienickým normám a požadavkům na složení. Při přípravě nemléčné stravy je zapotřebí dodržovat přísná hygienická pravidla (Sedlářová a kol., 2008). Existuje velké množství hotových nemléčných příkrmů ve formě polévek, přesnídávek, instantních kaší, které jsou neustále přísně kontrolovány. Jejich výhodou je snadná příprava, kdy se dá ušetřit hodně času. Nevýhodou je jejich vysoká cena (Gregora a Paulová, 2005).

Při ohřívání výživy ve skle dáváme přednost vodní lázni, při ohřevu v mikrovlnné troubě dochází k nerovnoměrnému ohřevu a hrozí riziko popálení dítěte (Gregora a Zákostelecká, 2009).

Pokud je jídlo připravováno doma je důležité dodržovat některé zásady. Před přípravou a před krmením je důležitá správná hygiena rukou mýdlem. Je dobré pečlivě vybírat suroviny, ze kterých je jídlo připravováno, ovoce a zelenina musí být čerstvá a důkladně omytá, oloupaná, nastrouhaná nejlépe na nerezovém struhadle. Nastrouhanou zeleninu a ovoce je dobré podávat ihned. Jídlo tepelně upravujeme vařením, dušením, pečením. Aby zelenina neztrácela vitamíny, vkládáme ji do vařící vody, doba vaření se tak zkrátí. Jídlo rozmačkáme vidličkou, pokud dítě od začátku zvykne na příliš jemně rozmixované jídlo, nerado pak přechází na stravu tužší. K přípravě stravy používáme kojeneckou vodu vhodnou pro kojence. Pro správné vstřebávání vitamínu je vhodné do polévek přidávat malé množství rostlinného oleje. K přípravě a servírování je dobré používat čisté nádoby a nástroje (Gregora a Zákostelecká, 2009).

Ke krmení je vhodná malá (kávová) lžička, plochá se zakulacenou špičkou, nerezová či z umělé nezávadné hmoty se silnějším držadlem. Optimální poloha dítěte je vsedě s podepřenými zády, či na klíně dospělého. Strava by měla být nabízena v zorném poli dítěte na lžičce, která není zcela naplněná. Lžička je vedena od spodu. Je vložena na střed jazyka, kde na jeho přední stranu je vyvinut lehký tlak. Dítě by nemělo být během krmení rozptylováno, nemělo by se do jídla nutit, neotevíráme ústa dítěte násilím (Cabrnchová, Švejcar a Frühauf, 2009).

První pokusy krmení lžičkou vyžadují cvik, dítě si musí přivyknout se sacího reflexu na polykací a kousací mechanismus. Přivykání dítěte na každé nové jídlo by mělo být opatrné, není dobré dávat dítěti dvě nová jídla najednou a ve velkém množství. Krmení

dítěte vždy na stejném místě a v době kdy sami jíme je pro něj dobrou cestou ke správným stravovacím návykům (Arndt, 2009).

K prvním začátkům s příkrmy je důležitá trpělivost, zvláště tam, kde dítě příkrmy odmítá a k přijetí nové chuti potřebuje několik pokusů. Začátky nebývají jednoduché. Za úspěch se považuje jedna až dvě lžičky, kterou dítě opravdu spolkne (Illková, Nečasová a Daňková 2005).

1.9 Úloha sestry ve výživě dětí do 1 roku v ordinaci praktického lékaře

Kompetence sester se rozšiřují díky vyššímu či specializačnímu studiu. Ordinace praktického lékaře je místo, kde se děti a rodiče setkávají se sestrou a lékařem. Základní povinností sestry je příjemné vystupování a trpělivost. Komunikace v prvním roce života je směřována spíše k rodičům dítěte. K povinnosti sestry patří návštěva novorozence v domácím prostředí, jedná se o první setkání s matkou a dítětem (Vejrostová, 2006).

Sestra může dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků bez odborného dohledu a bez indikace lékaře vykonávat návštěvní službu (Sikorová, 2012).

Sestra si všímá celkového stavu domácnosti, zda má dítě svou postýlku, zda jsou zajištěny jeho potřeby. Opakovaně poučí matku o zásadách správného kojení a jeho technice. Dle věku dítěte proberou přípravu a složení stravy dítěte, zavádění ovocných a zeleninových příkrmů a postupný přechod na stravu smíšenou. Sestra zve děti a rodiče v určených intervalech na preventivní prohlídky (Vejrostová, 2006).

V rámci preventivních prohlídek sestra posuzuje normální růst a vývoj dítěte. Posuzování růstových hodnot dětí se provádí vzhledem k referenčním údajům, ty jsou k dispozici ve formě růstových (percentilových) grafů (příloha 6) (Sikorová, 2012).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zmapovat dodržování jedné ze zásad WHO (výlučné kojení do 6. měsíce věku)
- 2) Zmapovat úlohu sestry v edukaci matek dětí do 1 roku v oblasti výživy v ambulanci praktického lékaře.
- 3) Zjistit míru informovanosti matek o výživě dětí do 1 roku.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak dlouho matky výlučně kojí?
- 2) Jaké udávají nejčastější problémy matky v období kojení?
- 3) Jak sestry edukují matky ve výživě jejich dětí do 1 roku?
- 4) Jakých informací se matkám ohledně výživy dětí do 1 roku nedostává?
- 5) Jak matky zavádí svým dětem komplementární výživu?
- 6) Jaké informace matky mají ve výživě dětí do 1 roku?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní metody, která pracuje s malým souborem respondentů, byla použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru s možností doplňujících otázek, které nám problematiku více objasnily. Výzkumná část je rozdělena na dvě části. V první části jsou dotazovány sestry v ordinacích praktického dětského lékaře (příloha 7) a druhá část se zaměřuje na matky dětí (příloha 8). Rozhovor pro sestry i matky obsahoval 22 otázek, které byly v některých případech rozvíjeny. Rozhovory byly realizovány v měsíci únoru 2014. Termíny setkání musely být předem, vzhledem k nedostatku času a vytíženosti matek i sester, vyjednány. Se sestrami byl rozhovor uskutečněn po ordinačních hodinách, s matkami většinou v dopoledních hodinách. Některé dotazované chtěly být předem seznámeny s otázkami, některé je slyšely poprvé a bez promyšlení odpovídaly. Průměrná délka jednoho rozhovoru činila 15 - 25 minut. Se souhlasem respondentek a slovním ubezpečením jejich úplné anonymity, byl rozhovor zaznamenán na audio zařízení a poté doslovně přepsán (příloha 11). Údaje z rozhovorů byly pečlivě prostudovány, několikrát přečteny a technikou otevřeného kódování v ruce byly podrobeny analýze metodou papír a tužka (příloha 9). Metoda spočívá v úplném rozebrání získaných dat, analýze a novém způsobu opětovného znovusložení (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Bylo identifikováno 6 kategorií ve skupině sester a 5 kategorií ve skupině matek. Jednotlivé řádky pouze s odpověďmi z rozhovorů byly očíslovány, každý rozhovor byl očíslován zvlášť. Rozhovory se sestrami jsou označeny S1 - S5 a s matkami M1 - M7. Jednotlivé kategorie vznikaly z podkategorií, které obsahují kódy, seznam kategorií, podkategorií a kódů je uveden v příloze 10.

Kategorie a podkategorie, které byly vytvořeny z rozhovorů sester: způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester (podkategorie: slovně, písemně, názorně), názory

sester na edukaci (podkategorie: edukátor, četnost, změna) problematika kojení z pohledu sester (podkategorie: průměrná délka kojení, nejčastější problémy, důvody odstavení, náhrada mateřského mléka), informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester (podkategorie: míra informovanosti, nevědomost), dodržování rad ve výživě z pohledu sester (podkategorie: období zavádění, první potravina, časový odstup), nedodržování rad v období zavádění komplementární stravy z pohledu sester (podkategorie: způsob podávání, zavádění lepku, nevhodné potraviny).

Kategorie a podkategorie z rozhovorů matek: způsob edukace ve výživě z pohledu matek (podkategorie: slovně, písemně, názorně), názory matek na jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku (podkategorie: edukátor, změna, sestra edukátorka), problematika kojení z pohledu matek (podkategorie: délka kojení, nejčastější problémy, důvody odstavení, náhrada mateřského mléka), informovanost matek ve výživě dětí do 1 roku z pohledu matek (podkategorie: míra informovanosti v kojení, míra informovanosti v komplementární stravě), dodržování výživových rad dětí do 1 roku (podkategorie: období zavádění, první potravina, časový odstup, lepek, nevhodné potraviny).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro tuto práci byly zvoleny dva výzkumné soubory, první výzkumný soubor tvořilo 5 sester a druhý výzkumný soubor tvořilo 7 matek.

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, hlavním kritériem pro skupinu sester bylo působení v ordinaci praktického dětského lékaře a pro skupinu matek bylo kritériem, aby matka měla alespoň jedno dítě staré minimálně 11 měsíců. Pro výběr byla využita metoda tzv. sněhové koule. Jako první jsem požádala sestru a dvě matky v mém blízkém okolí a ty mi pak doporučily další.

První soubor je tvořen 5 sestrami (Tabulka 1) ve věku od 33 - 46 let, pracujících v ordinaci praktického dětského lékaře. Délka praxe se pohybuje v rozmezí 2 roky až 24 let. Všechny dotazované mají středoškolské vzdělání.

Tab. 1. Identifikační údaje respondentů (sestry)

Respondent	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Věk	37	42	38	46	33
Vzdělání	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ
Délka praxe v ordinaci pediatra	5 let	15 let	3 roky	24 let	2 roky

Zdroj: Vlastní zpracování

Druhý výzkumný soubor tvoří 7 matek (Tabulka 2) ve věku od 28 – 41 let. U respondentek je zastoupeno středoškolské, vyšší odborné i vysokoškolské vzdělání. Počet dětí, které respondentky mají, se pohybuje od jednoho až pět dětí.

Tab. 2 Identifikační údaje respondentů (matky)

Respondent	Matka 1	Matka 2	Matka 3	Matka 4	Matka 5	Matka 6	Matka 7
Věk	40 let	36 let	41 let	30 let	28 let	33 let	38 let
Vzdělání	SŠ	VOŠ	VŠ	VŠ	VŠ	SŠ	SŠ
Počet dětí	3	2	1	2	1	2	5

Zdroj: Vlastní zpracování

4 Výsledky

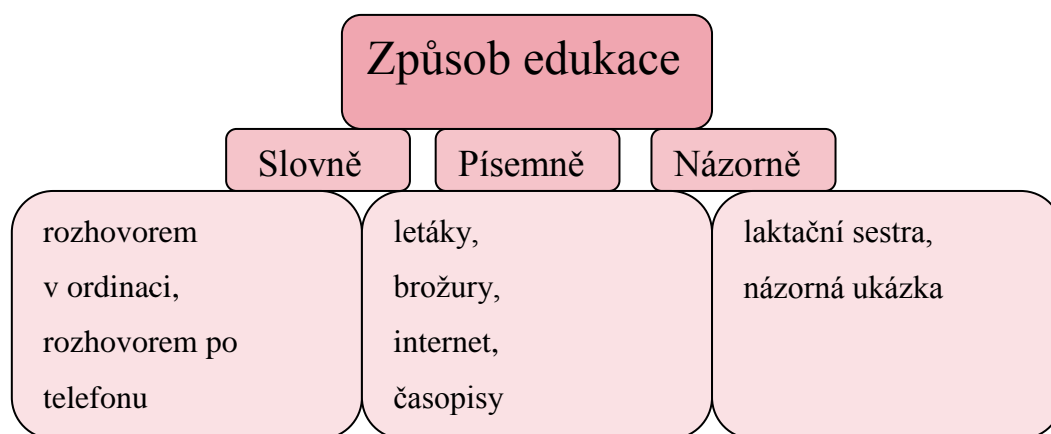
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.

- Způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester
- Názory sester na edukaci
- Problematika kojení z pohledu sester
- Informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester
- Dodržování rad ve výživě z pohledu sester
- Nedodržování rad v období zavádění komplementární stravy z pohledu sester

4.1.1 Kategorie způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester

Kategorie způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester (Schéma 1) se zaměřuje na to, jak matky dostávají informace ohledně výživy svých dětí. Kategorie vznikla propojením podkategorií: slovně, názorně a písemně. Do těchto podkategorií je zakódováno jakým způsobem jsou matky edukovány ve výživě dětí do 1 roku. Sestry edukují matky dle jejich sdělení nejčastěji slovně: „...nejvíce rozhovor rodičů dítěte s lékařkou a sestrou v ordinaci,“ dále používají písemnou edukaci: „...taky ty brožurky co dostáváme, tak taky ty dáváme jako doplněk, aby si to mohly přečíst“ a názornou edukaci: „...technika se upravuje, sestřička jde k nim domů a upraví jim to,“ kdy matkám poupravují špatnou techniku kojení.

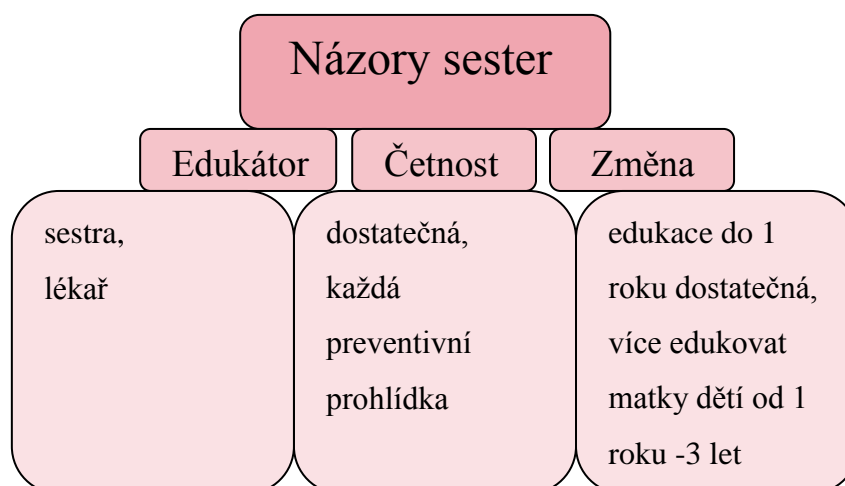
Schéma 1. Kategorie způsob edukace matek ve výživě dětí z pohledu sester



4.1.2 Kategorie názory sester na edukaci matek dětí do 1 roku

Tato kategorie se zaměřuje na to, jaké mají sestry názor na míru informovanosti matek ve výživě dětí, kdo by měl matky edukovat ve výživě dětí do 1 roku a zda si přejí v tomto směru nějakou změnu. Kategorie vznikla propojením podkategorií: edukátor, četnost a změna (Schéma 2). Do těchto podkategorií je zakódováno, kdo by měl podle sester matky edukovat, do jaké míry jsou edukované a zda by ony samy chtěly více edukovat matky ve výživě dětí do 1 roku. Dle sester právě: „...ošetřující lékař se sestrou by měli matky edukovat.“ Všechny dotazované sestry se shodly: „...matky jsou ohledně výživy dětí do 1 roku informovány dostatečně,“ ve dvou případech se shodly na: „...více pozornosti by se všeobecně mělo věnovat spíše výživě dětí od 1 - 3 let.“

Schéma 2. Kategorie názory sester na edukaci matek dětí do 1 roku

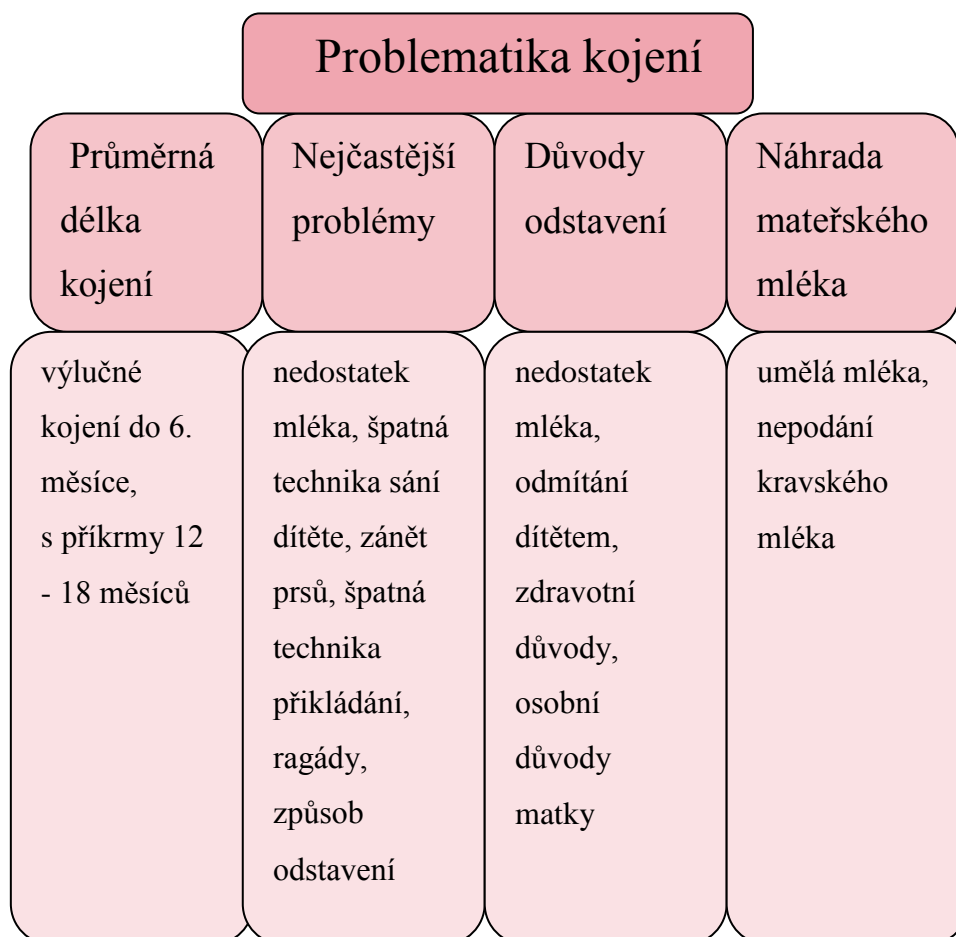


4.1.3 Kategorie problematika kojení z pohledu sester

Tato kategorie se zaměřuje na průměrnou délku kojení, nejčastější problémy a důvod k ukončení kojení z pohledu sester a co svým dětem matky nabízejí místo mateřského mléka. Kategorie vznikla propojením podkategorií: průměrná délka kojení, nejčastější problémy, důvody odstavení, náhrada mateřského mléka. Do těchto podkategorií je zakódována průměrná délka plného kojení, celková délka kojení s příkrmy, jaké jsou nejčastější důvody k ukončení kojení, nejčastější problémy, které se vyskytnou během kojení a sestry je v ordinacích nejčastěji řeší a čím matky nahrazují mateřské mléko.

Z rozhovorů vyplynulo, že matky průměrně plně kojí do 6. měsíce a s příkrmy celková délka kojení trvá v rozmezí 12- 18 měsíců. Nejčastější problémy, které sestry řeší s matkami v období kojení, je nedostatek mléka: „...mají záněty prsou. No nebo se dítě špatně chytá, špatně pije,“ také ragády byly jeden z nejčastějších problémů v období kojení. Jako důvodem odstavení udávaly: „...většinou, že málo přibývají děti, ztratí mléko, někdy i zdravotní důvody, že se musí dát léčba a kojit se nemůže. Většinou ty zdravotní.“ Matky dávají svým dětem dle sdělení sester mléka uměle připravená.

Schéma 3. Kategorie problematika kojení z pohledu sester



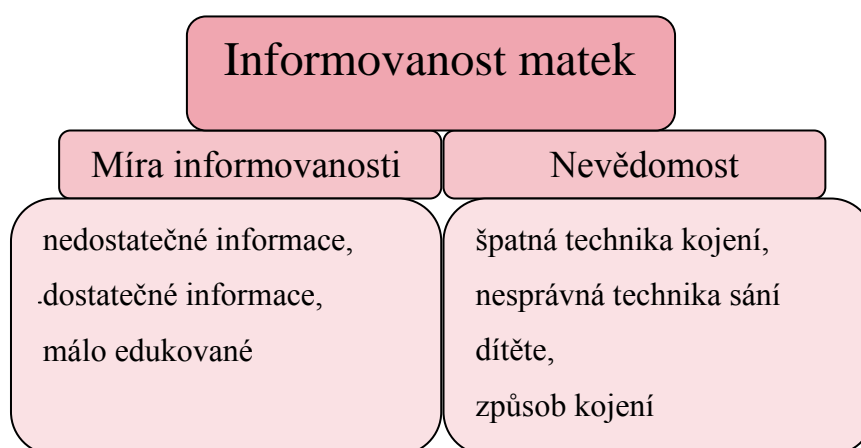
4.1.4 Kategorie informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester

Tato kategorie se zaměřuje na míru informovanosti matek v problematice kojení a na jejich nevědomosti, to vše z pohledu sester. Kategorie vznikla propojením podkategorií: míra informovanosti, nevědomost (Schéma 4). Do těchto podkategorií jsou zakódovány nejčastější chyby v období kojení a názor sester do jaké míry jsou matky informované v problematice kojení. Většina z dotazovaných sester se shodla na tom, že matky mají

nedostatek informací: „...*nedivím se, za tři dny, kdy je pak propustí, nemůžou mít dostatečné informace.*“ Jedna z dotazovaných uvedla: „*Matky jsou dobře informovány.*“

Matky nemají naučenou správnou techniku kojení a o problematice kojení mají jen minimální vědomosti: „...*nejsou rozkojený, neví, patlají se v tom, to se tady dost často řeší, že ty informace nejsou. Po třech dnech není skoro nikdo rozkojený.*“

Schéma 4. Kategorie informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester

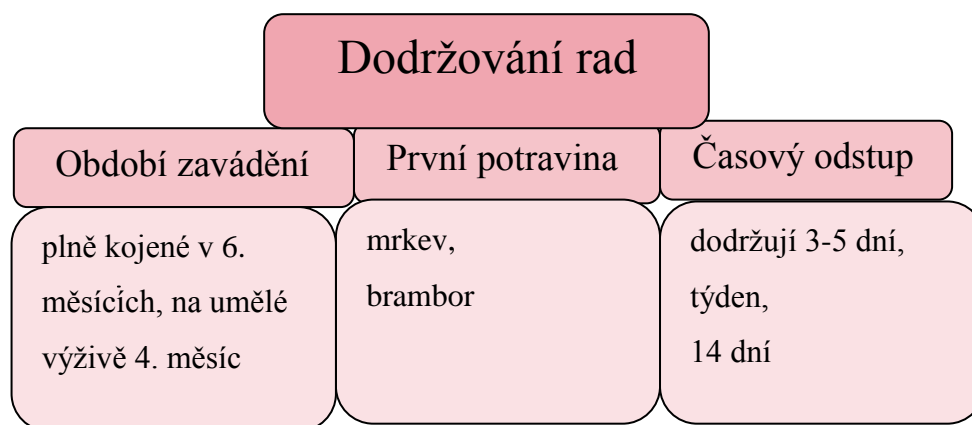


4.1.5 Kategorie dodržování rad ve výživě dětí z pohledu sester

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak matky dodržují rad ve výživě svých dětí. Kategorie vznikla propojením podkategorií: první potravina, období zavádění, časový odstup (Schéma 5). Do těchto podkategorií je zakódováno, jaké potraviny zavádějí jako první, jaký časový interval dodržují při zavádění nových druhů a kdy začínají svým dětem podávat komplementární stravu. Matky dodržují rady v zavádění příkrmů: „...*nekojené děti po ukončeném čtvrtém měsíci a kojené po ukončeném šestém měsíci.*“ První podávaná potravina je většinou: „...*no nejčastěji mrkev. Taky tady slyšíme, že začínají s bramborem,*“ v průměru dodržují 2-4 dny odstupů mezi podáním nového

druhu potraviny. Některé sestry uvádějí: „...záleží na dítěti, doporučuji týden před podáním další nové potraviny,“ jiné sestry chtějí: „...aby tu polévku dávaly aspoň 14 dní, aby si ty děti zvykly na tu zeleninu a pak aby mohly dávat to ovoce.“ Z výsledků vyplynulo, že rady a doporučení o první potravině, časovém odstupu i době zavádění, jsou matkami dodržovány.

Schéma 5 Kategorie dodržování rad ve výživě dětí z pohledu sester



4.1.6 Kategorie mezery v informacích v období zavádění komplementární stravy z pohledu sester

Tato kategorie se zaměřuje na to, kde matky nejčastěji chybují, s jakými problémy se shledávají. Kategorie vznikla propojením podkategorií: podávání nevhodné potraviny, podávání lepku, problémy při zavádění. Do těchto podkategorií jsou zakódovány nejčastější problémy, se kterými se matky často obracejí na zdravotníky, jaké potraviny, které jsou pro děti do 1 roku nevhodné, podávají, kdy zavádějí potraviny obsahující lepek (Schéma 6). Z výsledků vyplynul fakt: „...chybujou v konzistencích, že jim to moc mixují a nezvykají je postupně na kousky,“ jako nejčastěji podávanou nevhodnou

potravinou sestry udávaly uzeniny, sladkosti, slané potraviny, smetanové a tvarohové. Jako problém sestry poukazují na zavádění lepku: „...v doporučeních je kolem 10. měsíce věku, ale ze zkušenosti vím, že ne všechny matky se tímto doporučením řídí,“ jiná sestra uvedla: „No někdo ani o tom neví, někdo ho podá ani o tom neví, jako docela dobrý, když jim to doporučíme, tak to většinou tak udělají. Podávají déle, spíš se diví, že to smí do roka vůbec podat. Při roční prevenci se tady stane, že se ten lepek, že se tomu vyhýbají.“

Schéma 6. Kategorie nedodržování rad v období zavádění komplementární stravy



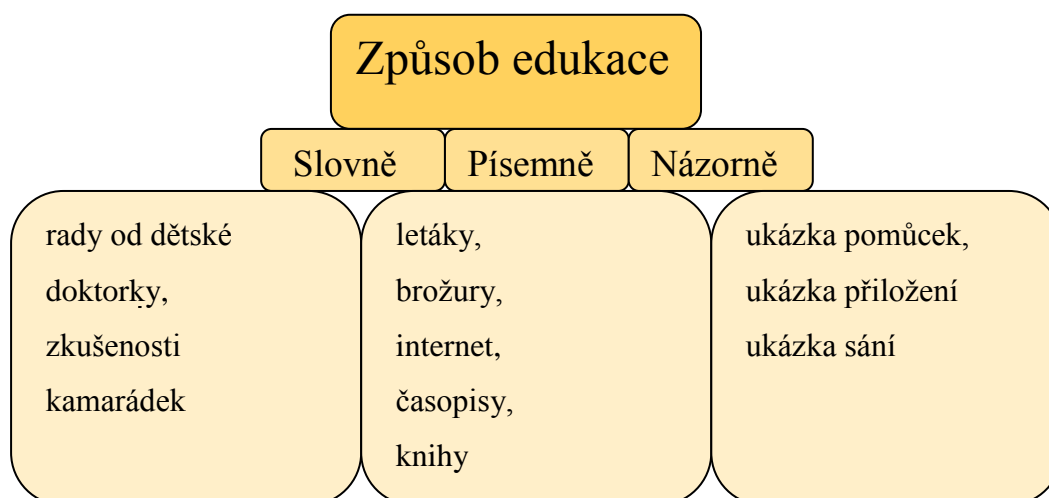
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami technikou otevřeného kódování- seznam kategorií.

- Způsob edukace ve výživě z pohledu matek
- Názory matek na jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku
- Problematika kojení z pohledu matek
- Informovanost matek ve výživě dětí do 1 roku z pohledu matek
- Dodržování výživových rad dětí do 1 roku

4.2.1 Kategorie způsob edukace ve výživě z pohledu matek

Kategorie způsob edukace matek ve výživě se zaměřuje na pohled matek, jak dostávají informace ve výživě jejich dětí. Kategorie vznikla propojením podkategorií: slovně, názorně a písemně. Do těchto podkategorií je zakódováno jakým způsobem matky dostávají informace ohledně výživy svých dětí (Schéma 7). Matky uváděly slovní a písemnou edukaci jako nejčastější. Rady dostávaly od dětské lékařky, kamarádek, z internetu, letáků, brožurek, časopisů a knížek: „*Zapůjčovali i knížku o příkrmech a výživě dítěte.*“ Některé matky také uváděly edukaci názornou: „*...pomohla mi porodní asistentka, která se soukromě věnuje maminkám a jezdí za nimi do domácího prostředí. Ukázala mi jiné polohy.*“ Ve většině případů jim byly také doporučeny pomůcky ke kojení: „*...půjčily mi odsávačku.*“

Schéma 7. Kategorie způsob edukace ve výživě dětí z pohledu matek

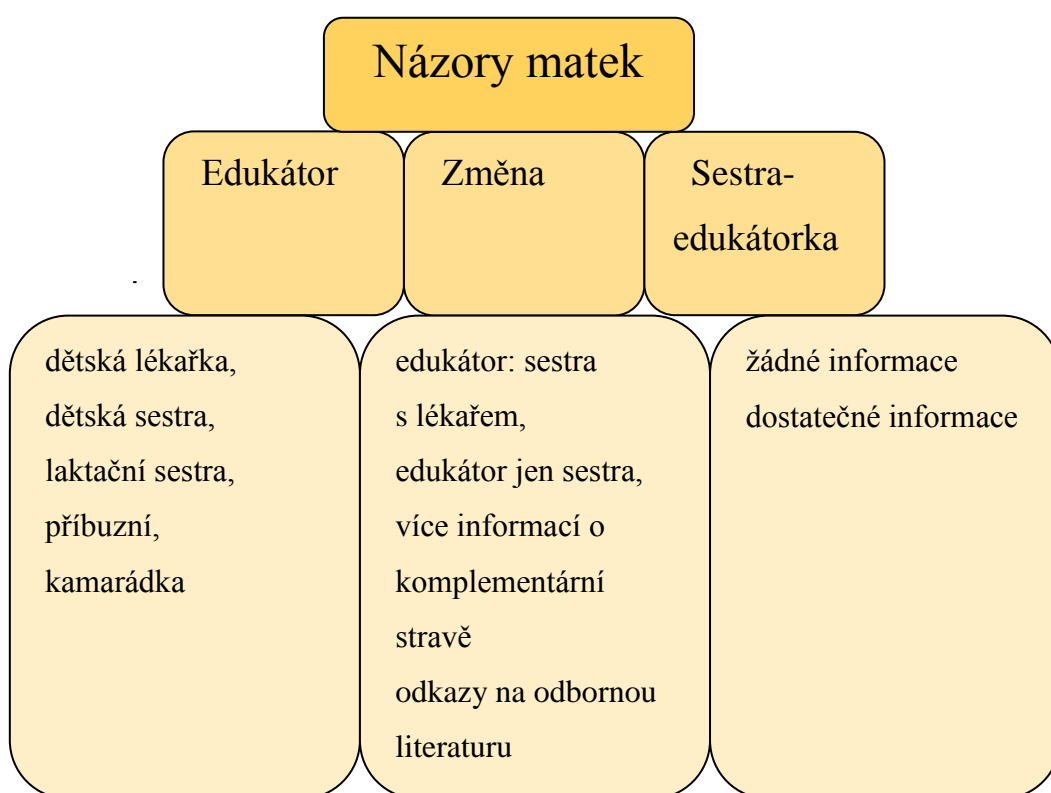


4.2.2 Kategorie názory matek na jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku

Tato kategorie se zaměřuje na to, jaké mají matky názory na edukaci ve výživě dětí, kdo matky nejvíce edukuje. Jak se dívají matky na sestru v roli edukátorky ve výživě dětí do 1 roku. Zda si přejí v tomto směru nějakou změnu. Kategorie vznikla propojením podkategorií: edukátor, změna a sestra edukátorka. Do těchto podkategorií je zakódováno kdo nejvíce z pohledu matek edukuje ve výživě dětí do 1 roku, jakou roli v edukaci hraje sestra a zda by matky uvítaly nějakou změnu. (Schéma 8). Nejčastěji matky udávaly jako edukátora dětskou lékařku: „...paní doktorka je ta, která radí, a nemohu si na ní stěžovat,“ zdravotní sestru, laktační sestru, kamarádku, příbuzné, změnu by uvítala většina matek, kdy by je edukovala o výživě lékařka spolu se sestrou. Matky se ve většině případů shodly na nedostatek informací právě od sestry: „...sestřičky jsou tak vytížené, že to spíše řeší paní doktorka“ a ty by uvítaly, kdyby se sestra více angažovala: „...myslím ta sestra, ta to podá lépe, u té doktorky mám pocit, že je to pro ni spíše zdržování,“ jedna z dotazovaných matek uvedla: „...vše bylo od sestřičky dokonalé.“ Většina matek by uvítala ještě více informací komplementární

stravě: „...jaké druhy příkrmů jsou vhodné a dobré, kdy a jak začít, v jakém množství, pokud kojím, kdy podávat i jiné tekutiny a jaké...v jakém časovém rozestupu podávat příkrmy...jako že, teď 14 dní dávám zeleninu a poté kombinuji apod.“

Schéma 8. Kategorie názory matek na jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku



4.2.3 Kategorie problematika kojení z pohledu matek

Tato kategorie se zaměřuje na průměrnou délku kojení, nejčastější problémy a důvod k ukončení kojení z pohledu matek a co svým dětem matky nabízejí místo mateřského mléka. Kategorie vznikla propojením podkategorií: průměrná délka kojení, nejčastější

problémy, důvody odstavení, náhrada mateřského mléka. Do těchto podkategorií je zakódována průměrná délka plného kojení, celková délka kojení s příkrmy, jaké jsou nejčastější důvody k ukončení kojení, nejčastější problémy, které se vyskytnou během kojení a matky je musí řešit, a čím matky nahrazují mateřské mléko (Schéma 9). Matky uvedly průměrnou délku kojení 3 a 6 měsíců plně a s příkrmy 6 - 12 měsíců, některé z dotazovaných stále kojí, protože mají třeba již druhé dítě, které je mladší. Problémy, které matky řešily během kojení a které byly důvodem k odstavení, byly ragády:

„...a s Jeníčkem jsem měla ragády, které jsem chvíli musela řešit silikonovými kloboučky na bradavky,“ nedostatek mléka: *„...pocit nedostatku mléka (dítě vypadalo, že saje, ale přesto hublo).“* Tyto matky se uchýlily ve většině případů k podávání umělé mléčné stravy, některé používaly i speciální umělá mléka, dle zdravotního stavu jejich dětí: *„Později jak byla malá neklidná, se paní doktorka bála, aby malá neměla reflux, ze začátku jsem mléko zahušťovala svatojánským chlebem, pak jsem měla antirefluxní mléko, poté jsme skončily u hypoalergenního, po roce jsme přešly na normální.“* Jedna z dotazovaných matek svým dětem podávala i mléko kravské: *„...první 3 děti přešly na normální krabicové.“*

Schéma 9. Kategorie problematika kojení z pohledu matek

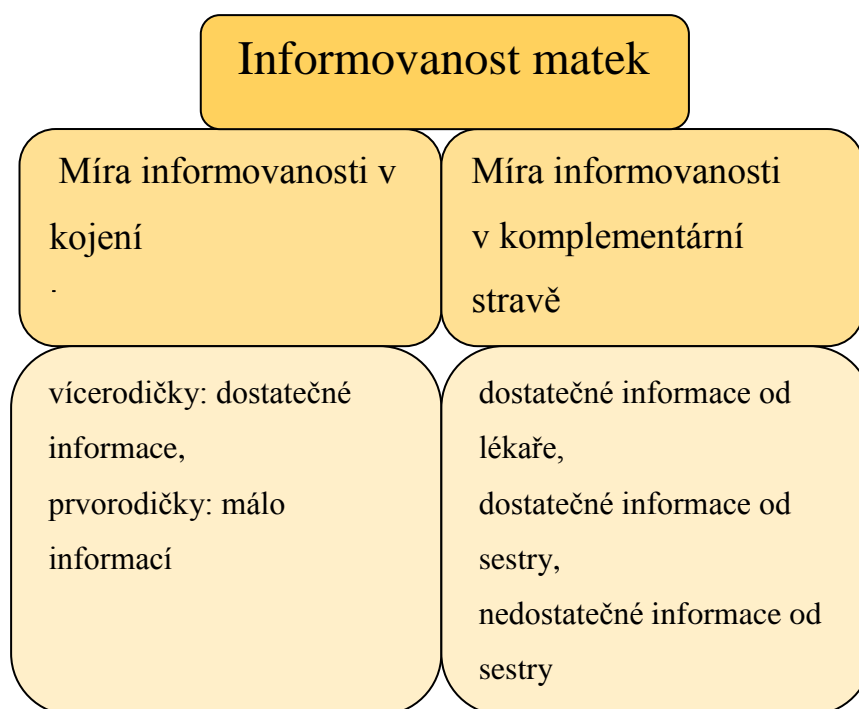
Problematika kojení			
Průměrná délka kojení	Nejčastější problémy	Důvody odstavení	Náhrada mateřského mléka
výlučné kojení do 3. měsíce, výlučné kojení do 6. měsíce, s příkrmy 6 - 12 měsíců stále kojí	anatomie bradavky, ragáda, bolest, velká prsa, nedostatek mléka, mastitida, absence kojení v porodnici	odmítání dítětem, osobní důvody matky, ragády,	speciální mléčné příkrmy, umělé formule, kravské mléko

4.2.4 Kategorie informovanost matek ve výživě dětí do 1 roku

Tato kategorie se zaměřuje na míru informovanosti matek v problematice kojení a v zavádění komplementární stravy. Kategorie vznikla propojením podkategorií: míra informovanosti v kojení a míra informovanosti v komplementární stravě. Do těchto podkategorií je zakódována míra informovanosti matek v této problematice (Schéma

10). U vícerodiček není žádný problém v informovanosti, prvorodičky mají pocit málo informací v období kojení: „*Jelikož už je to druhé dítě, tak mám zkušenosti. Tak nechyběly, ale pro maminky, které mají první miminko, v podstatě nevíte nic.*“ Většina matek udávala dostatek informací ohledně zavádění komplementární stravy jak od lékařky, tak od sestry: „*Myslím, že info bylo dostačující. Někdy info dávala sestřička (manželka pana doktora), někdy on...,... ale mně to dost vyhovovalo...,*“ jiné si stěžovaly na informací málo: „*...sestřičky jsou tak vytížené, že to spíše řeší paní doktorka.*“

Schéma 10. Kategorie informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester



4.2.5 Kategorie dodržování výživových rad dětí do 1 roku

Tato kategorie se zaměřuje na to, jak matky dodržují rady ve výživě svých dětí. Kategorie vznikla propojením podkategorií: období zavádění, první potravina, časový odstup, lepek a nevhodná potravina. Do těchto podkategorií je zakódováno jaké potraviny zavádějí jako první, jaký časový interval dodržují při zavádění nových druhů, kdy začínají svým dětem podávat komplementární stravu, potraviny obsahující lepek a jaké potraviny by dětem neměly do 1 roku podávat (Schéma 11). Z výsledků vyplynulo, že matky zavádí svým dětem komplementární stravu v 6 měsících u plně kojených dětí a ve 4 měsících u dětí na umělé výživě. První nejčastější potravinou matky uváděly mrkev a brambor. Časový odstup mezi podáváním nových druhů matky uváděly v průměru 2 - 4 dny, některé raději čekaly 10 - 14 dní. Jedna z dotazovaných uvedla: *„Jo, já vím kvůli alergiím. No říkaly týden zkoušet jedno jídlo, pak zkoušet přidávat další ingredienci.“* Potraviny obsahující lepek matky v průměru zaváděly mezi 6. – 12. měsícem věku dítěte: *„Snažila jsem se až tak od 8. - 10. Měsíce.“* Za nevhodnou potravinu, kterou by svým dětem do 1 roku neměly podat, udávaly: uzeninu, exotické ovoce, kravské mléko, slané, sladké, kořeněné: *„...určitě hodně tučné potraviny třeba smetana, hodně tučné jogurty plnotučné kravské mléko, kvůli alergiím a tak....“*

Schéma 11. Kategorie dodržování výživových rad dětí do 1 roku

Dodržování rad				
Období zavádění	První potravina	Časový odstup	Lepek	Nevhodné potraviny
plně kojené v 6. měsících, na umělé výživě 4. měsíc	mrkev, brambor	dodržují 2-4 dny, týden, 10-14 dní, neřeší	průměrně od 6. -12. měsíce věku dítěte	uzeniny, kravské mléko, ryby, exotické ovoce, slané, sladké kořeněné, nízkotučné

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá výživou dětí do 1 roku. Cílem bylo zmapovat dodržování jedné ze zásad WHO (výlučné kojení do 6. měsíců věku), zmapovat úlohu sestry v edukaci matek dětí do 1 roku v oblasti výživy v ambulanci praktického dětského lékaře a zjistit míru informovanosti matek o výživě dětí do 1 roku.

Byla zvolena kvalitativní forma výzkumu pomocí metody hloubkového rozhovoru. Bylo osloveno celkem 12 žen. 7 žen z řad matek, které mají alespoň jedno dítě starší minimálně 11 měsíců. Druhý výzkumný soubor tvořilo 5 sester, které pracují v ordinaci praktického dětského lékaře. Rozhovory byly přepsány doslovně, technikou otevřeného kódování vznikly kategorie a jejich podkategorie. Celkem bylo vytvořeno 11 kategorií (6 kategorií z rozhovorů sester a 5 kategorií z rozhovorů matek).

Věkové rozmezí respondentek se pohybuje mezi 28 - 46 lety. Nejvyšší dosažené vzdělání je u dotazovaných matek vysokoškolské. Všechny dotazované sestry mají středoškolské vzdělání, délka praxe v ambulanci dětské lékařky se pohybuje v rozmezí 2 roky až 24 let.

Z rozhovorů matek i sester byla vytvořena kategorie způsob edukace ve výživě. Tato kategorie nám ukazuje, jakým způsobem jsou matky edukovány ve výživě svých dětí a to z pohledu sester a matek. V našem výzkumném souboru se sestry shodly na nejčastější slovní edukaci v ordinaci, některé z dotazovaných také radí po telefonu, z písemné edukace sestry preferují letáky a brožurky. Jsou si vědomy velkého vlivu internetu a časopisů. Některé lékařky raději samy nabízejí matkám prověřené internetové stránky. V rámci preventivních prohlídek jsou matky edukovány názorně pomocí laktační sestry, která jim většinou v teple domova ukáže správnou techniku kojení. Pokud laktační sestru dětská lékařka nemá, je tímto pověřena sama lékařka nebo dětská sestra. V ordinaci pak v rámci preventivních prohlídek opravují matkám techniku kojení. V našem výzkumném souboru matky uvádějí slovní způsob edukace jako nejčastější a to od dětské doktorky. V tomto se se sestrami shodují. Některé matky dostávají informace od svých zkušenějších kamarádek. Jedna z dotazovaných matek se aktivně informovala v lékárně. Matky samy aktivně vyhledávají rady na internetu,

v časopisech, knihách. Edukace je jim také poskytována písemnou formou v podobě letáčků a brožur v ordinacích dětského lékaře. Matky udávají i názornou edukaci, kdy jim laktační sestra, či lékařka ukážou správnou techniku sání dítěte, kojení, případně jim doporučí pomůcky (odsávačka, kloboučky). Jak sestry, tak i matky v našem výzkumném souboru se shodují ve způsobu edukace ve výživě dětí do 1 roku. Dle Vejrostové (2006) uvádí, že kompetencí a povinností sestry je první návštěva matky a novorozence v domácím prostředí, kdy poučí matku o zásadách správného kojení a jeho technice. Z rozhovorů vyplynulo, že tuto první návštěvu provádí laktační sestra. Z mých zkušeností návštěvu většinou provádí dětská lékařka. Dle Sikorové (2012), je edukace směřována v podávání informací a praktických dovedností. To je nejčastější způsob edukace, kterou uvádí jak sestry, tak matky. Uvedla bych, že vedle slovní a názorné edukace také stojí ruku v ruce písemná edukace v rámci letáků a brožurek. Edukace slovní, názorná a písemná je velmi důležitá. Pokud by matky byly jen slovně edukovány v ordinaci, budou vše vědět jen v ten daný okamžik a doma už nebudou vědět nic. Nestačí také jen podat leták, aniž by k tomu nedostaly komentář. A názorná ukázka je k nezaplacení, protože nejlépe si člověk zapamatuje, když si vše zkusí. V rámci výživy hraje velkou roli laktační sestra, která si myslím, by měla fungovat ve všech ordinacích dětského lékaře.

Další kategorie, která vznikla z rozhovorů, jsou názory matek a sester na edukaci ve výživě. Z pohledu sester vyplynulo, že matky by měl edukovat lékař a sestra. Matky jsou dle sdělení sester dostatečně edukované ve výživě do 1 roku v ordinacích. Většina sester se shodla, že by se měly více edukovat matky dětí od jednoho do tří let v oblasti výživy. Matky by si přály větší edukaci lékaře spolu se sestrou, v tomto mají stejný názor jako sestry v našem výzkumném souboru. Některé matky v našem výzkumném souboru by chtěly edukaci jen od sestry, přály by si také více informací o komplementární výživě a jedna z dotazovaných matek by uvítala více odkazů na odbornou literaturu. Vznikly dvě skupiny matek, některé mají pocit, dostatku informací od sestry, jiné udávají, že jim sestra neposkytuje jako edukátorka žádné informace. V tomto většina sester problém nevidí. Matky uvádí jako nejčastější edukátory ve výživě své příbuzné, dětské sestry a lékařky, porodní asistentky, laktační sestry a

kamarádky. Sestry si myslí, že edukovat by měla kompetentní osoba, matky však hledají rady i u svých kamarádek, příbuzných, v tomto se v názorech liší. Osobně si myslím, že poslední slovo by měla mít vždy dětská lékařka a sestra v ordinaci. Dle Farkašové (2006), sestra v současnosti plní mimo jiné i roli edukátorky. Myslím si, že většina sester tuto roli plní, ale v podvědomí matek je jak říká M2: „*Sestra v ordinaci praktického lékaře slouží jako člověk plnící pokyny lékaře.*“

Z rozhovorů se sestrami vyplynula průměrná délka plného kojení (do 6. měsíce) a s příkrmy dle jejich sdělení matky průměrně kojí do 12. - 18. měsíců. Většina sester v našem výzkumném souboru řeší špatnou techniku přikládání a záněty prsů jako nejčastější problém v období kojení. V tomto se liší od našeho výzkumného souboru matek, které udávaly jako nejčastější problém v období kojení bolest. Dále pak některé z dotazovaných sester udávaly nedostatek mléka, špatná technika sání dítěte, způsob odstavení jako další problémy, které s matkami řešily v období kojení. Nejčastějším důvodem odstavení dětí, které sestry až na jednu udávaly, byl nedostatek mléka. Osobní a zdravotní důvody matek, odmítání dítětem, to jsou také odpovědi, které některé sestry udávaly jako důvod odstavení. Co se týká náhrady mateřského mléka, sestry spíše zaznamenávají podávání umělého mléka. Kravské mléko matky dle sester spíše nepodávají. V našem výzkumném souboru matky průměrně kojí 3 - 6 měsíců, s příkrmy 6 - 12 měsíců. Problémy, které matky řešily krom již zmíněné bolesti v době kojení, byly vpáčené bradavky, ragády, malé bradavky, velká prsa, nedostatek mléka, mastitida, absence kojení v porodnici. Jedna z dotazovaných matek neuvedla žádný problém. Důvodem odstavení matky ve většině případů udávaly odmítání dítětem, dále pak mělo velké zastoupení k důvodu ukončení kojení osobní důvody matky a ragády. Jako náhradu mateřského mléka podávaly svým dětem speciální mléčné příkrmy, mléčné příkrmy a jedna matka se přiznala k podávání mléka kravského. Tímto své dítě ohrozila, jak píše Dědek (2009), v kravském mléku je nadměrná hladina bílkovin a minerálních látek, které zatěžují ledviny. Dítě má nedostatek železa, esenciálních mastných kyselin. Je vystaveno vysokému riziku vzniku alergie na bílkovinu kravského mléka.

Jak uvádí Cirmanová (2012), WHO doporučuje výlučné kojení do 6. měsíců věku, toto doporučení je z pohledu sester i z rozhovorů matek dodržováno. Myslím si, že

propagace kojení je a byla velká. I přesto, že existují matky, které své děti nechtějí kojit z osobních důvodů (osobně si myslím, že si nechtějí kazit postavu) jsou mezi námi i takové, které své děti kojí i rekordně dlouho, jak sdělila S5 : „*Máme tady rekord, do 3 let kojila.*“ Beze sporu souhlasím s tvrzením, že kojení je nejpřirozenější způsob výživy kojence. Podle mého je optimální délka plného kojení 6 - 12 měsíců, pak už je to jen zvyk dítěte i matky. Dvě sestry udávaly problém nedostatku mléka v době kojení a tento problém se ukázal být důvodem k odstavení. Tímto se sestry shodují s autorkami Nagy a Vinklerová (2011), které udávají jako nejčastější příčinu ukončení kojení právě již zmíněný nedostatek mléka. Ostatní problémy, které sestry udávaly v období kojení, se neukázaly jako důvod k ukončení kojení. Z pohledu matek byl, ale nejčastějším problémem, který byl také důvodem k ukončení kojení, právě samotné dítě, které odmítalo být kojeno, dále pak osobní důvody matek a ragády. V tomto případě si myslím, že měla hrát větší úlohu právě sestra v psychické podpoře, názorné edukaci. Měla by matce ukázat správnou techniku kojení.

Míra informovanosti matek v problematice kojení je další kategorie, která byla vytvořena. Ukázala nám, do jaké míry jsou matky informované v problematice kojení. Jedna z dotazovaných sester si myslí, že jsou matky dostatečně informované, většina v tom vidí určité mezery. Shodují se na velmi brzkém propouštění z porodnic, kdy za tak krátkou dobu nemohou mít matky dostatečné informace v problematice kojení, neví jak často kojit, jak dlouho. Sestry uvádí špatnou techniku kojení, sání dítěte.

Většina matek v rozhovorech uvádí dostatečnou informovanost v problematice kojení v případě vícerodíček, matka, která měla své první dítě, uvedla, nedostatek informací v této problematice. Naopak v informovanosti v komplementární výživě některé matky mají nedostatečné informace od sester, jiné mají pocit, že od nich mají informací dost. Jako dostatečné udává většina matek informace o výživě od lékařek.

Z rozhovorů matek i sester byla vytvořena kategorie dodržování rad ve výživě. Rady, kdy a jak zavádět komplementární stravu matky, dle sester, většinou dodržují. Vyjimku uvedla S5: „...*taky jsme se tady setkali, že dala máma ve třech měsících Bobíka, Lipánka nebo něco takovýho...*“ a S1: „*extrém matek i déle než v 6. měsících. Ty se pak často potýkají s problémem....*“ První potravinou, kterou matky dle sester zavádějí je

mrkev a brambor. Časový odstup také dodržují matky průměrně 2 - 4 dny. Většinou poslechnou rad a řídí se zvyklostmi samotné dětské lékařky či sestry. Dle Gregory a Zákostelecké (2009), je nejvhodnější doba k zavádění příkrmů u plně kojených dětí dokončený 6. měsíc. Zaživací systém a ostatní orgány, které se na příjmu stravy podílejí, jsou schopny změny v dokončeném 4. měsíci. Dřívějším podáním dítě můžeme ohrozit vznikem alergií. První potravinou, kterou matky podávají svým dětem je mrkev a brambor, časový odstup průměrně dodržují 2 - 4 dny. V tomto se shodují s naším výzkumným souborem sester. Některé matky raději počkají s dalším druhem 10 - 14 dní, ale to je dle mého názoru zbytečně dlouhá doba. Dle Gregory a Zákostelecké (2009) stačí 2 - 4 dny rozestupu k zjištění případně nesnášenlivosti na určitou potravinu. Z této kategorie vzešly poznatky o vědomosti nesprávných potravin. Nejčastěji matky udávají za nevhodnou potravinu, kterou by svým dětem neměly do 1 roku podat: uzeninu, výrobky ze smetany, kravské mléko, ryby, slané, sladké, kořeněné, exotické ovoce, ryby, nízkotučné potraviny. Lepek matky podávají dle dostávaných rad, rozmezí se pohybuje od 6. měsíce do 1 roku.

Z výsledků vyplynul fakt, že matky svým dětem moc mixují stravu, nezvykají je brzy na kousky stravy, dítě pak stravu odmítá. Sestry též uvedly nedostatek informací při zavádění komplementární stravy. Lepek dle sester zavádí matky v průměru 6. - 10. měsíc, některé ho úplně odmítají podat do 1 roku dítěte. Za nejčastější prohřešek je matkou podávání nevhodné potraviny, kterou by dítě nemělo do 1 roku ochutnat. Jsou jimi: uzeniny (párky), sladkosti, slané, jahody, tvaroh, smetana (Lipánky, Bobíky), brambůrky, ryby. Sestry se setkávají s podáním těchto nevhodných potravin většinou u romské populace S4: „*No a takoví Ti spoluobčané, s těma je to horší. Ti dávají párky a takové ty věci.*“ S5 zažila s maminkou vietnamské národnosti pohoršení, kdy ji jak tvrdila, vyrazila pochoutkový salát z ruky: „*Taky vietnamské maminy dávají svým dětem lecos. Zažila jsem, že osmiměsíčnímu dítěti matka dávala pochoutkový salát. Normálně jsem jí to vyrazila z ruky, nechápala jsem. Ale to jsou extrémny, ne tak časté naštěstí.*“

Jak uvádí Gregora a Paulová (2005), kousání a žvýkání u dětí podporuje právě podávání větších kousků. Osobně jsem se setkala s případem, kdy matka mixovala na kaši svým dětem jídlo až do jednoho roku a pak byl velký problém je naučit přijímat

normální stravu. Děti měly tendenci při jídle zvracet, málo snědly, špatně prospívaly. Pak je čekala dlouhá cesta k nápravě. Když víme jak tomu předejít, proč tedy matky neuposlechnout rad zkušených? Co se týče podávání lepku, jak uvádí Frühauf (2012), je lépe podat lepek ještě během kojení, kdy právě mateřské mléko umožňuje rozvoj orální tolerance ve vztahu k lepku. Toto si myslím, že je ještě málo v podvědomí lidí. Není tedy nutné s lepkem vyčkávat až do 1 roku dítěte. Obavy a strach z rozvoje celiakie nejsou na místě. Matky mají obavy se zařazením potravin obsahující lepek, ale už jim nevadí, že své děti ohrožují podáváním špatně stravitelných potravin (párky, Lipánky, Bobíky aj.).

6 Závěr

Tato bakalářská práce je věnována výživě dětí do 1 roku. V teoretické části seznamujeme s problematikou dětského věku od narození do 1 roku v oblasti výživy. Věnujeme se správnému složení stravy, kojením, nemléčnými příkrmy, komplementární stravou.

Pro výzkumnou část jsme vybraly kvalitativní výzkum. Po vytyčení cílů a výzkumných otázek byl sestaven polostrukturovaný hloubkový rozhovor pro sestry a matky. Cílem bylo zjistit dodržování jedné ze zásad WHO (výlučné kojení do 6. měsíců), zmapovat úlohu sestry v edukaci matek dětí do 1 roku v oblasti výživy v ambulanci praktického lékaře, zjistit míru informovanosti matek o výživě dětí do 1 roku. Rozhovory byly následně přepsány a metodou otevřeného kódování, technikou kódování v ruce způsobem tužka a papír byly dále zpracovány. Metodou bylo identifikováno 6 kategorií z rozhovorů sester a 5 kategorií z rozhovorů matek. Z výsledků vyplývá, že zásada WHO je dodržována, pokud má matka dostatek mléka, umí správnou techniku kojení a dítě prs neodmítá. Nejčastější edukace matek ve výživě je slovní rozhovor s lékařkou v ordinaci, písemná edukace probíhá formou letáků a brožurek. Na tomto se shodly jak sestry, tak matky. Většina z dotazovaných sester se shodla na nedostatečné informovanosti matek dětí do 1 roku v problematice kojení, kdy velkým problémem je brzké propuštění z porodnice. Zároveň se shodly v potřebě více se věnovat informování matek ve výživě dětí od 1 roku do 3 let. Z rozhovorů sester vyplynul fakt, že matky dodržují rady v zavádění komplementární stravy. Matky dle jejich sdělení dodržují období, kdy mohou svému dítěti podat první nemléčný příkrm, dodržují doporučenou první potravinu a časový odstup mezi podáváním nových druhů. Jako problém sestry udávají nevědomost o zavádění lepku a neuposlechnutí některých matek, kdy svým dětem podávají nevhodné potraviny, se kterými by se tak malý dětský organismus raději neměl setkat.

Matky vícerodičky mají pocit dostatečných informací v období kojení, avšak méně vědomostí mají prvorodičky. Dle jejich sdělení v období zavádění komplementární stravy má většina z dotazovaných informací málo. Hledají rady u kamarádek a

příbuzných, na internetu, v knížkách a časopisech. Matky by uvítaly ještě více brožurek, edukaci lékaře ve spolupráci se sestrou, sestry by naopak v tomto žádnou změnu nedělaly. Mají pocit, že na edukaci ve výživě je dostatek prostoru v rámci preventivních prohlídek a na otázku, zdali by chtěly více samy edukovat matky ve výživě dětí do 1 roku, se shodly, že nechtěly.

Výsledkem této práce je shrnutí zásad při zavádění komplementární stravy a návrh edukačního plánu pro sestry.

Práce je určená rodičům (zvláště matkám) dětí do 1 roku. Může posloužit i studentům zdravotnických škol a sestřám v ordinacích praktického dětského lékaře.

6.1 Doporučení pro praxi

- Plně kojené děti přikrmujeme v dokončeném 6. měsíci.
- Dolní věková hranice k zavádění příkrmů je dokončený 4. měsíc života.
- U dítěte, které je plně kojené, ale je hladové a váhově neprospívá, je možné u něj začít s příkrmy dříve než v ukončeném 6. měsíci.
- Dítě, které je na umělé výživě, prospívá, nemusí ihned začínat s podáváním příkrmu v ukončeném 4. měsíci, je možné začít i déle.
- První nemléčná potravina- mrkev (z ovoce to bývá dušené jablko či hruška).
- Zpočátku je lépe podávat pyré nebo hladké kaše, později hustší.
- Jídlo nemixovat, ale rozmačkat vidličkou.
- Není vhodné oddalovat zavádění kouskovité stravy.
- Není nutné jídlo sladit a solit.
- První příkrm je dobré podávat lžičkou, vsedě, aby dítě na jídlo vidělo.
- Děti se do jídla nenutí, povzbuzují, pokud není nasyceno, dítě dokojíme, případně podáme umělou mléčnou formuli.
- Při zavádění nových druhů potravin je lépe dodržovat časový rozestup 2 - 4 dnů.
- Nové potraviny je vhodné zařazovat doma přes den, pro lepší dostupnost případné pomoci.
- Lepek je vhodné podat dítěti, kdy je ještě kojeno.

Potraviny, které obvykle nevyvolávají alergickou reakci:

zelenina (mrkev, zelená okurka, cuketa, dýně, kedluben, kořen petržele, špenát, všechny zelené saláty, červená řepa, pórek, květák, kapusta, zelený hrášek, zelené luštěniny); ovoce (hrušky, jablka, třešně, švestky, meruňky, hrozny, meloun, banán, avokádo, borůvky); obilniny (proso, oves, rýže); maso (drůbeží, telecí, hovězí, králíčí, jehněčí); oleje a tuky (rostlinné oleje: olivový, slunečnicový, kukuřičný).

Dítě s alergickými projevy by se mělo vyvarovat těchto potravin: zelenina (rajčata, celer, paprika, křen, ředkvičky, kyselé zelí, řeřicha, bazalka, čočka, hrách, sója); ovoce (citrusové plody, kiwi, ananas, mango, broskve, fíky, datle, rybíz, angrešt); maso (ryby a dary moře); ořechy, semínka, kravské mléko, bylinkové čaje, exotické koření, vejce, mléčné výrobky (Gregora a Paulová, 2005).

6.2 Edukační plán pro sestry

Informace o edukantu: žena (matka)

Edukátor: dětská sestra v ordinaci praktického lékaře

Edukační diagnóza: Žena (matka) má nedostatečné informace v zavádění komplementární stravy.

Cíl edukačního setkání:

Vysvětlit a poučit, kdy a jak správně zavádět komplementární stravu, jaké potraviny jsou pro dítě do 1 roku vhodné, s jakou potravinou začínat, jakým způsobem připravovat první stravu.

Poučit matku o potravinách obsahujících lepek, kdy je vhodné ho dítěti podat.

Afektivní cíl: Matka má snahu o získání dostatečných informací pro sestavení jídelníčku pro své dítě.

Kognitivní cíl: Matka má dostatek vědomostí v zavádění komplementární stravy.

Behaviorální cíl: Matka správně zavádí komplementární stravu a sama sestaví jídelníček pro první dny zavádění nemléčných příkrmů.

Doba trvání: 45minut

Prostředí: ordinace praktického dětského lékaře

Druh edukace:

základní: prvorodičky, které nemají žádné informace o komplementární stravě.

reedukační: víceroodičky, které mají nedostatečné informace v zavádění komplementární stravy.

Výukové strategie:

Metody:

metoda slovní - přednáška - poučení, diskuze - otázky, odpovědi

metoda písemná - letáčky, brožurky, jídelníčky

Pomůcky: knihy, letáčky, obrázky, brožurky

Struktura edukačního setkání:

Seznámení s cílem edukace.

Aktivní zapojení do přednášky, rozdávání letáčků a brožurek.

Zjišťování teoretických znalostí.

Matky samy sestaví jídelníček na první dny při zavádění komplementární stravy.

Dále na kladené otázky sestra zjišťuje, jak bude matka dítěti připravovat stravu, z jakých surovin, jakým způsobem bude stravu podávat.

Prostor pro otázky.

Zpětná vazba a vyhodnocení pomocí otázek.

Vyhodnocení edukačního setkání:

Matky umí správně zavádět komplementární stravu.

Při preventivních prohlídkách děti přibývají na váze, nemají zažívací problémy.

7 Seznam použité literatury

- ARNDT, Monika, 2009. *Vaříme pro děti: 225 skvělých receptů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2753-0.
- CABRNOCHOVÁ, Hana, Josef ŠVEJCAR a Pavel FRŮHAUF, 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Praha: HBT. ISBN 978-80-87109-14-4.
- CIRMANOVÁ, Veronika, 2012. Doporučení pro kojeneckou výživu se vyvíjejí. *Medical Tribune*. **8** (2), C6. ISSN 1214-8911.
- DEDĚK, Miroslav, 2009. Pověry a mýty o kojenecké výživě. *Československá pediatrie*. **64** (6), 307-310. ISSN 0069-2328.
- DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.
- DVOŘÁKOVÁ, Vlasta, 2011. Kojení a jeho podpora. In: *Jihlavské zdravotnické dny*, s. 134-147. ISBN 978-80-8703-5375.
- ERBANOVÁ, Šárka. Umělá kojenecká výživa. *Florence*. 2011, **7** (1), 44-46. ISSN 1801-464X.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3227-8.
- FENDRYCHOVÁ, J. a kol., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0134-894.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-471.
- FOŘT, Petr, 2008. *Aby dětem chutnalo: současná výživa pro kojence, batolata a děti předškolního věku*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-1047-5.
- FRŮHAUF, Pavel, 2012. Kdy zavádět lepek do výživy kojenců? *Medicína @ umění*. **20** (2), 17. ISSN 1803-3679.
- FRŮHAF, Pavel, Jiří NEVORAL a Magdalena PAULOVÁ, 2003. *Výživa novorozenců a kojenců: současný pohled*. Praha: Solen. ISBN 80-239-2011-1.

- GASKINOVÁ, Ina May 2011. *Průvodce kojením*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-4837
- GREGORA, Martin a Magdalena PAULOVÁ, 2005. *Výživa kojenců: maminka a kuchařka*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada. Edice PRO RODIČE. ISBN 80-247-1291-1.
- GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ, 2009. *Jídelníček kojenců a malých dětí: kojení a umělé mléko, nemléčné příkrmy, dětská obezita, vegetariánské stravování*. 2., dopl. A aktualit. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2716-5.
- HOFHANSLOVÁ, Judita, 2007. *Miminko: kojení, ošetřování, výživa, výchova*. Jihlava: Calendula. ISBN 978-80-903971-0-1.
- HRSTKOVÁ, H. a kol., 2003. *Výživa kojenců a mladších batolat*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3385-6.
- ILLKOVÁ, Olga, Lucie NEČASOVÁ a Zdeňka DAŇKOVÁ, 2009. *Zdravá výživa malých dětí: [od narození do 6 let]*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-625-4.
- JELÍNEK, Martin, 2010. *Mámo, táto, nezabíjejte mě!: učme své děti správně se stravovat*. Havířov: Info Press. ISBN 978-80-903746-1-4.
- KARMELOVÁ, Annabel, 2011. *Výživa pro nejmenší: kdy a jak přejít na pevnou stravu: průvodce dětskou výživou v 1. roce života*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-1617
- KLÍMA, J. a kol., 2003. *Pediatric*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-864-3238-6.
- KUDLOVÁ Eva, 2005. *Výživa kojenců a batolat: Doporučení WHO a informace, se kterými se setkávají čeští rodiče*. *Časopis lékařů českých*. **144** (8), 540-544 ISSN: 0008-7335; 1805-4420.
- KUDLOVÁ, Eva a Anna MYDLILOVÁ, 2005. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1039-0.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- MATOUŠEK, Miroslav, 2009. *První rok života: jak nepřekážet zdravému vývoji osobnosti miminka*. 5. přeprac. vyd. Brno: Šalvar. ISBN 978-80-903011-9-1.
- MARKOVÁ Jitka, Roční výkaz o činnosti ZZ - obor praktický lékař pro děti a dorost. ÚZIS ČR, 2012.
- MARKOVÁ Jitka, Národní registr reprodukčního zdraví – novorozenci. ÚZIS ČR, 2012.

- MYDLILOVÁ, Anna, 2012. Kojení donošených novorozenců. *Česká gynekologie*. **78** Supplementum, 95-97. ISSN 1210-7832.
- NAGY, Ildikó a Viktorie VINKLEROVÁ, 2011. Význam kojení ve výživě dítěte. *Časopis lékařů českých*. **150** (2), 94-96. ISSN 008-7335.
- NOVÁK, Jiří, 2012. Umělá výživa kojence, hypoalergenní mléka a alergie. *Medical Tribune*. **8** (2), C6, ISN 1214—8911.
- NOVÁKOVÁ Zuzana, 2012. Fyziologické zvláštnosti dětského věku. *Praktické lékařství*. **8** (6), 281, ISSN 1801-2434.
- ONDRIOVÁ Iveta, Anna SINAIOVÁ a Slávka MROSKOVÁ, 2013. Informovanost matek o výživě dětí v útlém věku. *Sestra*. **22** (2), 34, ISSN 1210-0404.
- SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.
- SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4735-924.
- SÝKORA Josef, Jan SWARZ a Siala KONRÁD, 2006. Probiotika a dětský věk. *Pediatric pro praxi*. **7** (5), 264, ISSN 1213-0494.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-6247-3286-2.
- ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TRČKA, Stanislav, 2003. *Budeme mít děťátko: těhotenství, správná životospráva, porod, šestinedělí, péče o dítě do tří let*. 8., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0600-8.
- VEJROSTOVÁ, Eva, 2012. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*. **7** (2), s. 99, ISSN 1213-0494

8 Seznam příloh

Příloha 1. Statistika ÚZIS ČR

Příloha 2. Doporučení WHO

Příloha 3. Desatero úspěšného kojení

Příloha 4. Polohy při kojení

Příloha 5. Správná poloha dítěte při krmení z lahve

Příloha 6. Percentilový graf

Příloha 7. Otázky do rozhovoru pro sestry

Příloha 8. Otázky do rozhovoru pro matky

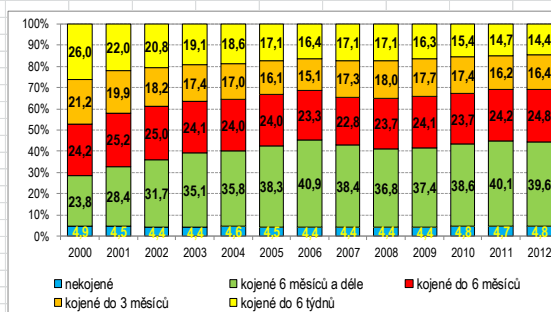
Příloha 9. Analýza rozhovoru metodou kódování v ruce

Příloha 10. Seznam kategorií, podkategorií (kódů)

Příloha 11. CD

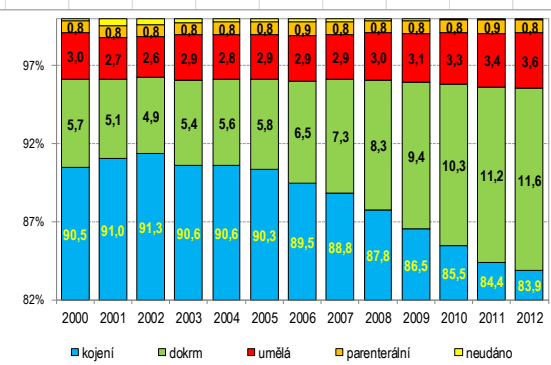
Příloha 1. Statistika ÚZIS ČR

Výživa dětí do jednoho roku dle evidence PL pro děti a dorost		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
počet dětí při roční prohlídce		89 278	89 808	89 552	91 299	92 588	95 478	100 648	104 474	115 598	117 268	114 342	114 060	107 707	
z toho	kojené do 6 týdnů	23 201	19 742	18 605	17 470	17 211	16 368	16 486	17 858	19 793	19 139	17 553	16 819	15 463	
	kojené do 3 měsíců	18 931	17 858	16 297	15 843	15 781	15 416	15 174	18 036	20 775	20 810	19 941	18 442	17 682	
	kojené do 6 měsíců	21 563	22 603	22 367	21 989	22 225	22 890	23 463	23 811	27 441	28 307	27 141	27 635	26 744	
	kojené 6 měsíců a déle	21 242	25 526	28 366	32 020	33 150	36 545	41 130	40 150	42 517	43 903	44 193	45 777	42 654	
	nekojené	4 341	4 079	3 917	3 977	4 221	4 259	4 395	4 619	5 072	5 109	5 514	5 387	5 164	
		v %													
z toho	kojené do 6 týdnů	25,99	21,98	20,78	19,13	18,59	17,14	16,38	17,09	17,12	16,32	15,35	14,75	14,36	
	kojené do 3 měsíců	21,20	19,88	18,20	17,35	17,04	16,15	15,08	17,26	17,97	17,75	17,44	16,17	16,42	
	kojené do 6 měsíců	24,15	25,17	24,98	24,08	24,00	23,97	23,31	22,79	23,74	24,14	23,74	24,23	24,83	
	kojené 6 měsíců a déle	23,79	28,42	31,68	35,07	35,80	38,28	40,87	38,43	36,78	37,44	38,65	40,13	39,60	
	nekojené	4,86	4,54	4,37	4,36	4,56	4,46	4,37	4,42	4,39	4,36	4,82	4,72	4,79	



Zdroj dat: Roční výkaz o činnosti ZZ - obor praktický lékař pro děti a dorost

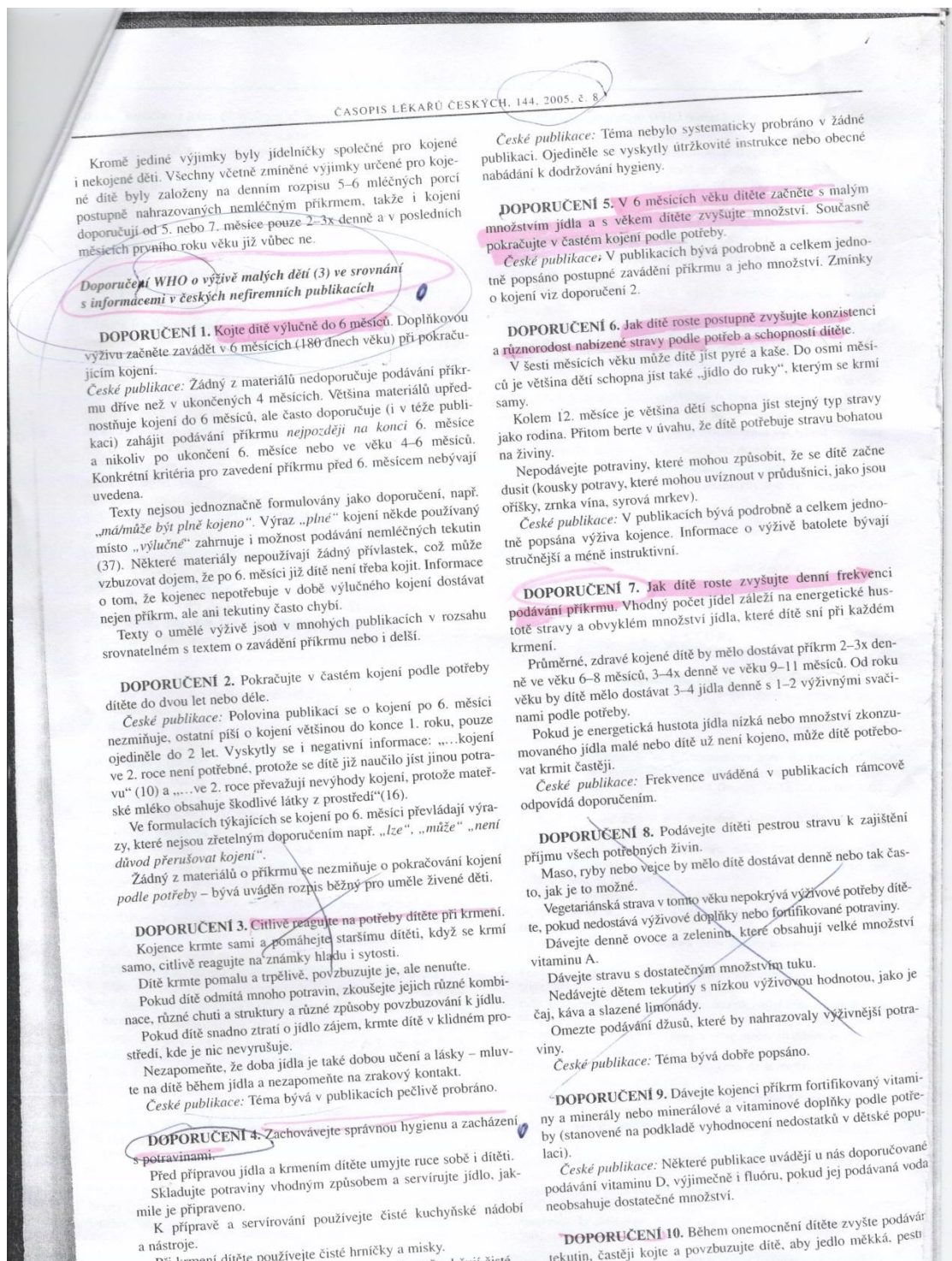
Výživa novorozenců při propuštění z porodnice		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
kojení		82 054	82 459	84 755	84 904	88 449	92 293	94 783	101 081	104 739	102 093	99 491	91 042	89 877	
dokrm		5 127	4 615	4 552	5 109	5 425	5 910	6 901	8 293	9 874	11 080	12 020	12 131	12 468	
umělá		2 688	2 416	2 424	2 730	2 758	2 920	3 107	3 267	3 621	3 679	3 784	3 686	3 814	
parenterální		697	698	720	761	804	840	929	927	938	948	957	929	875	
neudáno		147	414	358	243	235	205	219	228	176	180	147	119	122	
celkem		90 713	90 602	92 809	93 747	97 671	102 168	105 939	113 796	119 348	117 980	116 399	107 907	107 156	
		v %													
kojení		90,45	91,01	91,32	90,57	90,56	90,33	89,47	88,83	87,76	86,53	85,47	84,37	83,87	
dokrm		5,65	5,09	4,90	5,45	5,55	5,78	6,51	7,29	8,27	9,39	10,33	11,24	11,64	
umělá		2,96	2,67	2,61	2,91	2,82	2,86	2,93	2,87	3,03	3,12	3,25	3,42	3,56	
parenterální		0,77	0,77	0,78	0,81	0,82	0,82	0,88	0,81	0,79	0,80	0,82	0,86	0,82	
neudáno		0,16	0,46	0,39	0,26	0,24	0,20	0,21	0,20	0,15	0,15	0,13	0,11	0,11	



Zdroj dat: Národní registr reprodukčního zdraví - novorozenci, ÚZIS ČR

Zdroj: ÚZIS ČR, 2012

Příloha 2. Doporučení WHO



Zdroj: KUDLOVÁ Eva, 2005. *Výživa kojenců a batolat: Doporučení WHO a informace, se kterými se setkávají čeští rodiče. Časopis lékařů českých.* Roč. 144 (8) s. 540-544 ISSN: 0008-7335; 1805-4420.

Příloha 3. Desatero úspěšného kojení

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 potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in – 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 skupin matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

Zdroj: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.

Příloha 4. Polohy při kojení

Obr. č. 15.2 Poloha vleže



Obr. č. 15.3 Poloha vsedě



Obr. č. 15.4 Poloha boční (fotbalová)



Zdroj: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-471.

Příloha 4. Polohy při kojení

Obr. č. 15.5 Poloha obouruč



Obr. č. 15.6 Poloha boční s opřenými zády



Zdroj: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-471.

Příloha 4. Polohy při kojení

Obr. č. 15.10 Poloha tanečnicka

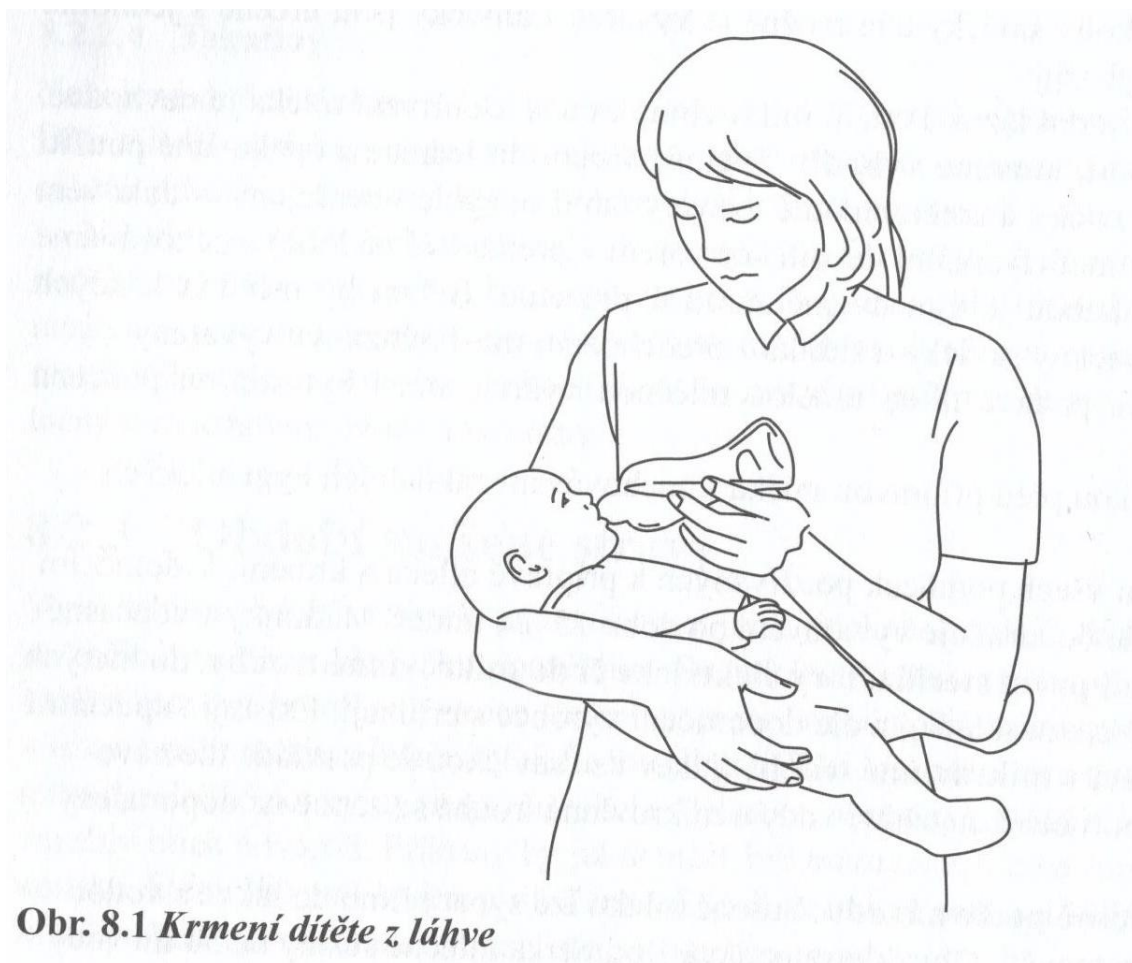


Obr. č. 15.11 Poloha vzpřímená, vertikální



Zdroj: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-471.

Příloha 5. Správná poloha dítěte při krmení z lahve

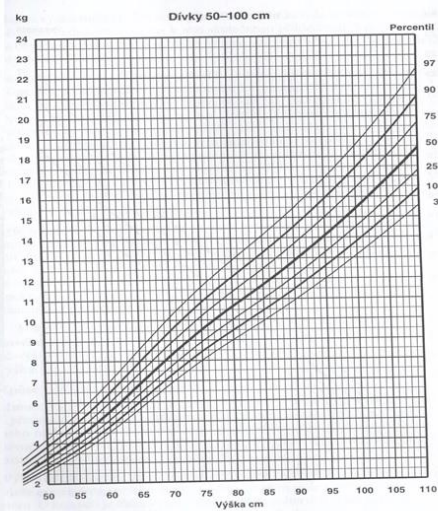
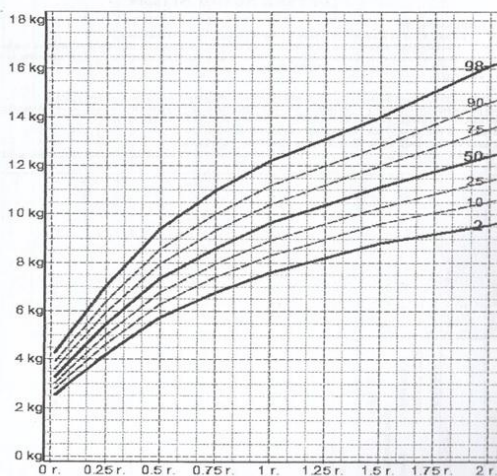


Obr. 8.1 *Krmení dítěte z láhve*

Zdroj: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.

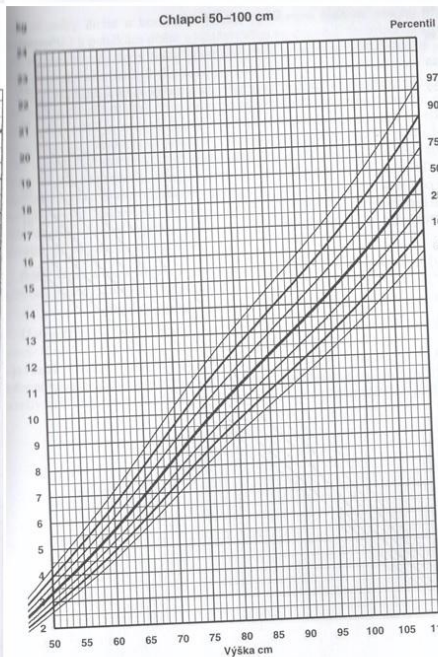
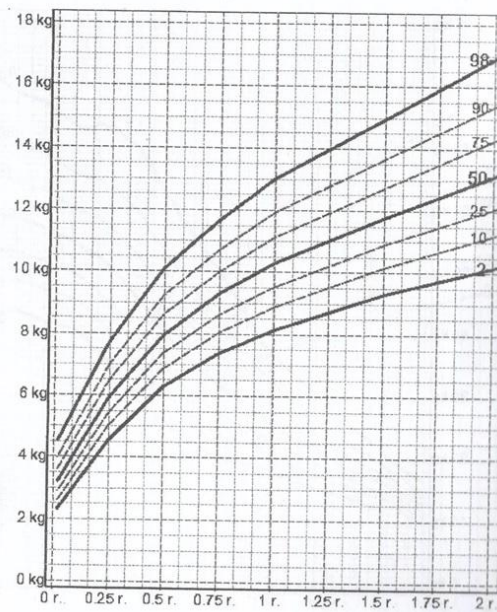
Příloha 6. Percentilový graf

Tělesná hmotnost, dívky, 0-2 r.
CAV 1997



Graf 9 Hmotnostně-výškový poměr dívek 50-110 cm

Tělesná hmotnost, chlapci, 0-2 r.
CAV 1997



Graf 8 Hmotnostně-výškový poměr chlapců 50-110 cm

Zdroj: SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.

Příloha 7. Otázky do rozhovoru pro sestry

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v ordinaci praktického dětského lékaře? (Předtím jste pracovala kde?).
4. Do jaké míry se v ambulanci věnujete výživě dětí do 1 roku?
5. Jak edukujete matky v oblasti výživy jejich dětí do 1 roku?
6. Jaká je průměrná délka plného kojení dětí?
7. Jaká je celková délka kojení?
8. S jakými problémy se na Vás matky často obracejí v období kojení?
9. Jakým způsobem jim radíte?
10. Jaké informace ohledně výživy dětí jim po propuštění z porodnice nejčastěji chybí?
11. Jaké důvody vedou matky k ukončení kojení?
12. Co svým dětem matky nabízejí místo mateřského mléka?
13. Kdy začínají svým dětem zavádět nemléčné příkrmy?
14. Jaké nejčastější problémy mají matky během zavádění komplementární stravy?
15. Jaký druh potravin začínají podávat jako první?
16. Jaký časový odstup dodržují při zavádění nových potravin?
17. Kdy svým dětem začínají podávat lepek?
18. Jakým způsobem matky informujete jak zavádět příkrmy a jaké potraviny jsou vhodné?
19. Jaké potraviny, které jsou do 1 roku nevhodné, matky svým dětem podávají?
20. Kdo podle Vašeho názoru by měl podávat informace matkám ohledně výživy dětí?
21. Jaké semináře či kurzy na téma výživa dětí jste absolvovala?
22. Chtěla byste sama více edukovat matky ohledně výživy dětí do 1 roku? Jak?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 8. Otázky do rozhovoru pro matky

- 1) Jaký je Váš věk?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Kolik máte dětí?
- 4) Jak staré jsou (je) Vaše děti (dítě)?
- 5) Jak dlouho jste plně kojila?
- 6) Celková délka kojení?
- 7) Jaké problémy se vyskytly během kojení doma po propuštění z porodnice?
- 8) Kdo Vám pomohl a poradil?
- 9) Jakým způsobem?
- 10) Jaké informace a rady ohledně výživy svých dětí Vám po propuštění z porodnice chyběly?
- 11) Jaký byl důvod k ukončení kojení?
- 12) Co jste svému dítěti nabízela místo mateřského mléka?
- 13) Kdy jste začala zavádět nemléčné příkrmy?
- 14) Jaký druh potravin jste začala podávat jako první?
- 15) Jaký časový odstup jste dodržovala při zavádění nových potravin?
- 16) Kdy jste dítěti začala podávat lepek?
- 17) Kde jste získávala informace ohledně zavádění příkrmů a vhodnosti potravin?
- 18) Jaké potraviny by se dětem do jednoho roku neměly podávat?
- 19) Jakých informací se Vám dostávalo, ohledně výživy Vašich dětí, od sestry v ordinaci praktického lékaře?
- 20) Jakých informací se Vám od sestry v ordinaci praktického dětského lékaře týkající se výživy dětí do 1 roku nedostávalo?
- 21) Jaké informace, ohledně výživy dětí, byste od sester uvítala?
- 22) Kdo by měl podle Vašeho názoru nejvíce informovat ohledně výživy dětí do jednoho roku?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 9. Analýza rozhovoru metodou kódování v ruce

S1

21 Asi informace o tom, že ne každá pláč znamená hlad, trpělivost v přikládání k prsu a
22 porbě mléka? Porodnice jsou propuštěné brzy, někdy ještě není ani rozjetá laktace. *Co odhad?*

11) Jaké důvody vedou matky k ukončení kojení?
12) Nejčastější důvod? Ocitovala: "... už tam nic nemám, pořád trvalo hladu, po umělé
24 spí lepe."
12) Co svým dětem matky nabízejí místo mateřského mléka?
23 *Emilka mléka - Beba, Nutrilon, Hipp, Hami, v poslední době i Baby lov.*
13) Kdy začínají svým dětem zavádět nemléčné příkrm?
24 *V doporučení je od 6 měsíci věku, ale z praxe si myslím, že některé matky začínají
7 dříve kolem 4 měsíce u některé, druhý extrém máta, dítě už v 6 měsících. Ty se pak
18 často potýkají s problémy, že děti odmítají kousky potravy, chtějí mixovanou.*
14) Jaké nejčastější problémy mají matky během zavádění komplementární stravy?
29 *Nejčastější problém je s kousky potravy, chtějí mixovanou stravu, pak s ochutnáním.
10 stále vysvětlujeme, že potraviny by dítě mělo ochutnat až 15x.*
15) Jaký druh potraviny začínají podávat jako první?
31 *Doporučení - nemaslovatá - zeleninová potravina, začíná se kramborou, poté brkev,
32 brkolice, postupně maso kuřecí, králík.*
16) Jaký časový odstup dodržují při zavádění nových potravin?
33 *Doporučujeme přidat 2-3 druhy potravy v týdnu. Dodržují Vaše doporučení? Myslím,
39 že ano ve většině případech.*
17) Kdy svým dětem začínají podávat lepek?
35 *V doporučení je kolem 10. měsíce věku, ale ze zkušenosti vím, že ne všechny matky
36 se tímto doporučením řídí.*
18) Jakým způsobem matky informujete, jak zavádět příkrm a jaké potraviny jsou vhodné?
37 *Rozhovorem v ordinaci při prohlídce dítě v poradně, rozdávám letáček a pročítám od
38 firem.*
19) Jaké potraviny, které jsou do 1 roku nevhodné, matky svým dětem podávají?
39 *Lečniny, sladkosti a sladké pivo*
20) Kdo podle Vašeho názoru by měl podávat informace matkám ohledně výživy dětí?
40 *Přítelny lékař se sestrou v ordinaci, kompetiční osoby - příslušní pro děti do 1 roku
41 opod společnosti*
21) Jaké semináře či kurzy na téma výživa dětí jste absolvovala?
42 *Semináře od firem Nestlé, Hami, Beba, Zdravý start*
22) Chtěla byste sama více edukovat matky ohledně výživy dětí do 1 roku? Jak?
43 *Na 308*

M3 M1

21 *od ukončení 4. měsíce*
14) Jaký druh potraviny jste začala podávat jako první?
28 *krumborou*
15) Jaký časový odstup jste dodržovala při zavádění nových potravin?
27 *3-4 dny*
16) Kdy jste dítěti začala podávat lepek?
28 *na začátku 2. měsíce*
17) Kde jste získávala informace ohledně zavádění příkrmů a vhodnosti potravin?
29 *od své dětské lékařky, jsem měla jídelníček a rady a přibližně jsme to konzultovaly*
30 *S kým? S dětskou lékařkou*
18) Jaké potraviny by se dětem do jednoho roku neměly podávat?
31 *slané, kořeněné, sladké taky*
19) Jakých informací se Vám dostávalo, ohledně výživy Vašich dětí, od sestry v ordinaci praktického lékaře?
32 *se sestračky jsou tak vyřízené, že to spíše řeší paní doktorka, neměla jsem moc problémy s tou
33 výživou, tak jsem to nemusela řešit*
20) Jakých informací se Vám od sestry v ordinaci praktického dětského lékaře týkající se výživy dětí do 1 roku nedostávalo?
34 *se sestračka je tak upravená, že když jsem něco potřebovala, zavolala jsem, ona se zeptala, co
35 potřebuju a snažila se poradit sama s určitým problémem. Můžeš mi uvést nějaký příklad
36 ohledně výživy, který si se setrou řešila? Malá měla dlouhou kašovitou stolici, která pak přešla
37 zácpu, řešily jsme co podávat.*
21) Jaké informace, ohledně výživy dětí, byste od sestry uvítala?
38 *že mně tedy chyběla laktiční poradkyně v porodnici, rodila jsem den před svátkem, nebyly tam,
39 neměly na nás čas, mně to strašně chybělo, protože se mi nikdo nevěnoval a kvůli tomu jsem
40 dostala pak nekvalitu a v ordinaci má sestřička dost kompetenci, mají vše nastištěné a když se
41 objeví vyjímání situace, kdy dítě potřebuje bezlepkovou stravu, tak na to mají dané dny, kdy
42 se sestřička s nimi o tom mluví a pak to dále řeší s paní doktorkou*
22) Kdo by měl podle Vašeho názoru nejvíce informovat ohledně výživy dětí do jednoho roku?
43 *nejvíce ta sestra, ta to podá lépe, u té doktorky mám pocit, že je to pro ni spíše zdůvodnění*

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 10. Seznam kategorií, podkategorií (kódů)

Z rozhovorů sester:

Způsob edukace

Slovně

S1/6, S2/5,6, S3/5,S4/4, S5/5-8: rozhovorem v ordinaci

S1/18, S4/18, S5/46: rozhovorem po telefonu

Písemně

S1/8, S2/6, 20, S4/41 : letáky

S1/7, S2/6, 20, S3/33, S4/9, S5/9: brožury

S1/7, 50, S3/5, S5/10,64: internet

S1/50, S3/5: časopisy

Názorně

S4/5: laktační sestra

S3/11, S4/20 : názorná ukázka

Názory sester na edukaci

Edukátor

S1/6, S2/22, S4/51: sestra

S1/6, 47, S2/22, S4/5, S5/10: lékař

Četnost

S1/5S2/5, S3/4, S4/4, S5/4S5/60-62: dostatečná

S1/37, S2/19, S3/6, S5/60 : každá preventivní prohlídka

Změna

S1/43, 50, S2/25, S3/37, S4/50, S5/75-77: edukace do 1 roku dostatečná

S1/44, 51, S2/26: edukovat matky dětí od 1 roku - 3 let

Problematika kojení z pohledu sester

Průměrná délka kojení

S1/11, S2/7, S3/7, S4/15, S5/12: výlučné kojení do 6. měsíce

S1/12, S/8, S3/8, S4/16, S5/14: s příkrmy 12-18 měsíců

Nejčastější problémy

S1/13, S2/9: nedostatek mléka

S4/19, S5/17: špatná technika sání dítěte

S3/10, S4/17, S5/16: zánět prsů

S1/15, S3/10, S4/19: špatná technika přikládání

S5/16: ragády

S5/19: způsob odstavení

Důvody odstavení

S1/23, S2/12, S4/23, S5/34 : nedostatek mléka

S3/17, S5/35: odmítání dítětem

S4/23, S5/34: zdravotní důvody

S3/19, S5/32-33: osobní důvody matky

Náhrada mateřského mléka

S1/25, S2/13, S3/20, S4/25, S5/37: umělá mléka

S4/26, S5/37: nepodání kravského mléka

Informovanost matek v problematice kojení z pohledu sester

Míra informovanosti

S1/22, S3/15, S5/28: nedostatečné informace

S2/11: dostatečné informace

S1/22, S3/14, S4/22, S5/30: málo edukované

Nevědomost

S1/21: špatná technika kojení

S1/22, S4/19: nesprávná technika sání dítěte

S1/21, S3/12, S4/21, S5/30 : způsob kojení

Dodržování rad ve výživě z pohledu sester

Období zavádění

S2/14, S3/23, S4/27, S5/40-42: plně kojené v 6. měsících

S2/14, S3/23, S4/28, S5/40-42: na umělé výživě 4. měsíc

První potravina

S1/31, S2/16, S3/29, S4/33, S5/48: mrkev

S1/31, S2/16, S3/29, S4/33, S5/48 : brambor

Časový odstup

S3/30, S5/53: 3-5 dní

S1/33, S2/17: týden

S4/34: 14 dní

Nedodržování rad v období zavádění komplementární stravy z pohledu sester

Způsob podávání

S1/28, S3/27: mixování

S1/28, S4/29: dítě odmítá podávanou stravu

S1/30, S2/15, S3/25-26, S5/56-57: neznalost

Zavádění lepku

S2/18, S4/38: v 6. měsíci

S1/35, S3/32: v 10. měsíci

S5/59: odmítají, vyhýbají se

Nevhodné potraviny

S1/39, S2/21, S4/45, S5/68: uzeniny

S1/39: sladkosti

S2/21, S3/34: slané

S3/34: exotické ovoce

S3/34: ryby

S3/34, S4/44, S5/66: smetana

S/34, S4/44, S5/66: tvaroh

Z rozhovorů matek:

Způsob edukace ve výživě z pohledu matek

Slovně

M1/31, M2/25, M3/29, M4/24, M5/21, M6/19: rady od dětské doktorky

M2/25, M4/21, M7/41: zkušenosti kamarádek

Písemně

M5/18, M7/41: letáky

M2/16, M3/29, M4/25: brožury

M1/31, M4/21, M5/18, M6/17, M7/42: internet

M4/21, M5/18: časopisy

M6/27: knihy

Názorně

M3/12: ukázka pomůcek

M2/10, M3/10, M4/10, M6/9: ukázka příložen

M6/9: ukázka sání

Názory matek na jejich edukaci ve výživě dětí do 1 roku

Edukátor

M1/31, M2/25, M3/32, M4/12, M5/18, M6/17, M7/41: dětská lékařka

M3/9, M5/18: dětská sestra

M2/10, M6/8: laktační sestra

M5/8, M7/12: příbuzní

M2/25, M4/12, M7/14: kamarádka

Změna

M1/41, M2/37, M4/28, M7/50: edukátor: sestra s lékařem

M3/43: edukátor jen sestra

M1/40, M2/33-35, M4/27, M7/47-48: více informací o komplementární stravě

M5/26: odkazy na odbornou literaturu

Sestra edukátorka

M2/29, M3/32, M7/45: žádné informace

M5/24, M6/24-25: dostatečné informace

Problematika kojení z pohledu matek

Délka kojení

M3/6, M4/5: výlučné kojení do 3. měsíce

M1/5, M2/5, M5/5, M7/5: výlučné kojení do 6. měsíce

M1/5, M3/6, M4/6, M5/6: s příkrmy 6-12 měsíců

M2/6, M6/5, M7/5 : stále kojí

Nejčastější problémy

M1/6: anatomie bradavky

M1/11, M7/7: ragáda

M1/11, M6/7, M7/9: bolest

M1/15: velká prsa

M6/7: nedostatek mléka

M7/9: mastitida

M2/7-8: absence kojení v porodnici

Důvody odstavení

M3/17-19, M4/14, M6/11, M7/21 : odmítání dítětem

M5/11: osobní důvody matky

M1/21: ragády

Náhrada mateřského mléka

M3/20-24, M4/15, M5/12, M6/12: speciální mléčné příkrmy

M1/23, M7/28: umělé formule

M7/26: kravské mléko

Informovanost matek ve výživě dětí do 1 roku z pohledu matek

Míra informovanosti v kojení

M1/19-20, M3/16, M4/11, M5/10, M6/10, M7/19: vícerodičky: dostatečné informace

M2/13-14: prvorodičky: málo informací

Míra informovanosti v komplementární stravě

M1/29, M4/23-24, M5/21, M6/21: dostatečné informace od lékaře

M3/34, M5/21: dostatečné informace od sestry

M2/31, M7/45 : nedostatečné informace od sestry

Dodržování výživových rad dětí do 1 roku

Období zavádění

M2/21, M3/16, M5/14, M6/13, M7/33: plně kojené v 6. měsících,

M1/23, M3/25: na umělé výživě 4. měsíc

První potravina

M1/25, M2/22, M4/17, M5/15, M6/14, M7/34: mrkev

M1/25, M3/26, M5/15, M7/34 : brambor

Časový odstup

M2/23, M3/27: dodržují 2-4 dny

M1/27, M5/16: týden

M6/15: 10-14 dní

M4/18, M7/35: neřeší

Lepek

M1/30, M2/24, M3/28, M4/20, M5/17, M6/16, M7/38: průměrně od 6. -12. měsíce věku dítěte

Nevhodné potraviny

M6/18, M7/43: uzeniny

M1/32, M4/22, M5/19: kravské mléko

M4/22, M7/43: ryby

M4/22, M5/19, M6/18, M7/44: exotické ovoce

M2/28, M3/31, M7/43: slané

M2/28, M3/31, M7/43: sladké

M3/31, M5/19: kořeněné

M6/18, M7/43: nízkotučné

Zdoj: Vlastní zpracování