

Kojení nedonošených novorozenců

Jana Králová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav porodní asistence
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KRÁLOVÁ**
Osobní číslo: **H10776**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kojení nedonošených novorozenců**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů, zpracování teoretické části bakalářské práce.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu a sběru dat.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a formulace doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. Moderní porodnictví. Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-1941-2.

ZWINGER, A. et al., 2004. Porodnictví. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.

DORT, J., 2004. Neonatologie. Praha: Karolinum. ISBN 80-256-0790-5.

ČECH, E. a kol., 2006. Porodnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Žárská
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

15. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 15. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.3.2013

..... Málková!

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Kojení nedonošených novorozenců je rozdělena na teoretickou část a na část praktickou. V teoretické části je zmíněna charakteristika nezralého novorozence, odlišnosti u kojení nedonošených dětí a informace o mateřském mléce obecně. V praktické části bylo cílem zjistit počet novorozenců odcházejících z porodnic, kteří jsou plně kojeni, s příkrmem nebo zcela na umělé výživě (za rok 2012 v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně). Výsledky jsou zpracovány v tabulkách a grafech.

Klíčová slova: Kojení, nedonošený novorozenec, novorozenec nezralý, mateřské mléko, předčasný porod, kojení, odstříkávání, alternativní způsoby krmení.

ABSTRACT

This bachelor thesis on breastfeeding of preterm infants is divided into the theoretical and practical part. The theoretical part focuses on characteristics of an immature newborn, differences in breastfeeding of preterm infants, and information about breast milk in general. In the practical part, the aim was to determine the number of newborn babies leaving maternity hospitals, who are fully breastfed, with a complementary food, or totally on an artificial baby food (in the year 2012 in the Regional Hospital of Tomáš Baťa in Zlín). Results are presented in tables and graphs.

Keywords: Breastfeeding, preterm infants, newborn immature, breast milk, preterm birth, breastfeeding, squirting-out, alternatives methods of breastfeeding.

.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Žárské za cenné rady, připomínky a metodickou pomoc při zpracování praktické části bakalářské práce.

Děkuji laktačním poradkyním – Markétě Macků a Lence Baťové za poskytnutí materiálů a pomoc při zpracování praktické části. Mé díky patří staniční sestře na IMP – Zdeně Dolanské a sestře z novorozenecké ambulance za pomoc při rozdávání dotazníků.

Mé velké poděkování patří všem matkám nedonošených dětí, které ochotně vyplnily dotazník k bakalářské práci.

Touto cestou bych chtěla poděkovat také své rodině a příteli za podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

„Stále se rodí spousta nedonošených dětí, přesto o dar života dokážou houževnatě bojovat a po měsících strávených v inkubátorech se jako malá štěstíčka připojují ke svým rodinám.“

Autor neznámý

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Jana Králová

Ve Zlíně 24. 5. 2013

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEK	12
1.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCE.....	12
1.1.1 Dělení dle délky gravidity.....	12
1.1.2 Dělení dle hmotnosti a gestačního věku	12
1.1.3 Dělení dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku	12
1.2 CHARAKTERISTICKÉ ZNAKY NEZRALOSTI.....	13
1.2.1 Morfologické znaky nedonošených novorozenců	13
1.2.2 Fyziologicky charakteristické znaky nedonošených novorozenců	13
1.3 PŘEDČASNÉ PORODY A NÁSLEDNÁ PÉČE V ČR.....	14
2 KOJENÍ	15
2.1 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY	15
2.2 PRSY.....	16
2.3 SLOŽENÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA	16
2.3.1 Bílkoviny.....	16
2.3.2 Tuky.....	17
2.3.3 Cukry	17
2.3.4 Vitamíny	17
2.3.5 Minerální látky a stopové prvky.....	17
2.4 FORTIFIKACE MATEŘSKÉHO MLÉKA	17
2.5 VÝŽIVA PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ.....	18
2.6 ZÁKLADNÍ REFLEXY DÍTĚTE.....	19
2.7 TECHNIKA KOJENÍ	19
2.8 POLOHY MATKY A DÍTĚTE PŘI KOJENÍ.....	20
2.8.1 Poloha Tanečnicka – Dancerova poloha	20
2.8.2 Boční držení – fotbalová poloha	21
2.8.3 Vzpřímená poloha – vertikální.....	21
2.8.4 Kojení dvojčat	21
2.9 SPRÁVNÉ PŘISÁTÍ	21
2.10 ŠPATNÉ PŘISÁTÍ.....	22
2.11 SÁNÍ Z PRSU A LÁHVE	23
2.12 ODSTŘÍKÁVÁNÍ A SKLADOVÁNÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA	23
2.12.1 Ruční odstříkávání.....	24
2.12.1.1 Masáž mléčných žláz	24
2.12.2 Manuální odsávačky	24
2.12.3 Elektrické odsávačky	24
2.12.4 Základy odsávání.....	25
2.12.5 Bolest při odsávání	25
2.12.6 Skladování mateřského mléka.....	26
2.13 BANKY MATEŘSKÉHO MLÉKA	26
2.13.1 Teplota pasterizace v bankách.....	27
2.13.2 Dárcovství a jeho organizace	27

2.13.3	Odstříkávání mléka do mléčné banky.....	27
2.13.4	Manipulace s mateřským mlékem.....	27
2.13.5	Zpracování mléka v bance	27
2.13.6	Důvody pro užívání mléka z banky.....	28
2.14	ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY VÝŽIVY NEDONOŠENÝCH DĚTÍ	28
2.14.1	Krmení dítěte z hrníčku nebo z kádinky	28
2.14.2	Krmení dítěte lžičkou	29
2.14.3	Krmení stříkačkou nebo kapátkem.....	29
2.14.4	Krmení dítěte po prstu	29
2.14.5	Krmení pomocí suplementoru.....	29
2.15	UMĚLÁ STRAVA	30
2.15.1	Formule pro předčasně narozené děti.....	30
2.15.2	Bílkoviny, tuky, cukry ve formulích pro NNPH.....	30
2.15.3	Minerály ve formulích pro NNPH.....	30
2.15.4	Stopové prvky ve formulích pro NNPH	31
2.15.5	Vitamíny ve formulích u NNPH	31
2.15.6	Příprava umělého mléka	31
2.16	PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	32
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
3	EMPIRICKÁ ČÁST.....	34
3.1	STANOVENÉ CÍLE.....	34
3.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	34
3.2.1	Výsledky výzkumu	36
3.3	STRAVA NEDONOŠENÝCH DĚTÍ PŘI ODCHODU Z NEMOCNICE.....	56
3.3.1	Výsledky průzkumu.....	57
	ZÁVĚR.....	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	74
	SEZNAM TABULEK	75
	SEZNAM GRAFŮ.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH	79

ÚVOD

Během celého těhotenství se žena připravuje na příchod svého dítěte, kterému tluče srdíčko uvnitř jejího těla. Těší se na něj a snaží se pro dítě vše přichystat. Co když se ale dítě narodí dřív? Je to pro ženu neskutečná zátěž, není na takovou situaci připravena a musí najednou rozhodovat o věcech, které ovlivňují život dítěte. Mateřské mléko není to nejdůležitější v životě dítěte, ale když je ta možnost, určitě mu usnadní vstup do života a množství protilátek získaných od mámy mu pomohou ve světě, kde se najednou nepřipravené ocitlo.

Ke své bakalářské práci jsem si vybrala téma týkající se kojení nedonošených dětí. V teoretické části se věnuji nedonošenému novorozenci, jeho klasifikaci a charakteristickým znakům nezralosti. Dále pak samotnému složení mateřského mléka, vhodným polohám pro nedonošené děti, správné technice kojení nebo odstříkávání mateřského mléka. Také se věnuji alternativním způsobům výživy nebo umělé stravě, protože ne vždy je kojení možné u extrémně nezralých a velmi nezralých novorozenců.

Velmi důležité je podporovat matku v udržení laktace z důvodu pozdějšího kojení, snažit se o její psychickou pohodu, a když to situace dovolí, tak i o co nejčastější kontakt matky s dítětem, který je pro oba tak důležitý.

V praktické části je prostřednictvím dotazníků zjišťována informovanost matek nedonošených dětí ohledně kojení předčasně narozených dětí. Na základě tohoto dotazníkového šetření je zpracován informativní leták. V praktické části se také věnuji zjištění, zda matky nedonošených dětí při odchodu z nemocnice své dítě kojí plně, částečně nebo jsou zcela na umělé stravě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC

Nedonošený novorozenec je narozen před 38. týdnem gravidity (t. g.). Má velmi nízkou porodní hmotnost a řadíme jej do skupiny s velmi vysokou morbiditou a mortalitou (Borek Ivo a kol., 1997, s. 38).

1.1 Klasifikace novorozence

Novorozence dělíme do několika skupin a to v závislosti na délce těhotenství, hmotnosti novorozence a na vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku.

1.1.1 Dělení dle délky gravidity

Normální délka těhotenství (gestační věk) u donošených novorozenců je 260 – 293 dnů, 37 – 41 týdnů. U předčasně ukončeného těhotenství (nedonošení novorozenci) jsou děti narozené v gestačním věku menší než 260 dnů, méně než 37 týdnů. A u prodlouženého těhotenství (přenášení novorozenci) je gestační věk 294 dní a více, 42 týdnů a více (Zwinger Antonín, 2004, s. 483).

1.1.2 Dělení dle hmotnosti a gestačního věku

Podle hmotnosti a gestačního věku dělíme děti do čtyř skupin:

Od 500g do 999g (do 28. t. g.) jsou to extrémně nezralí novorozenci, zkratka je ELBW (extremely – low – birth - weight infant), (Borek Ivo a kol., 1997, s. 38).

Od 1000g do 1499g (do 32. t. g.) jsou to velmi nezralí novorozenci, zkratka je VLBW (very – low – birth - weight infant), (Borek Ivo a kol., 1997, s. 38).

Od 1500g do 1999g (do 34. t. g.) jsou to středně nezralí novorozenci (Borek Ivo a kol., 1997, s. 38).

Od 2000g do 2499g (do 38. t. g.) jsou to lehce nezralí novorozenci (Borek Ivo a kol., 1997, s. 38).

1.1.3 Dělení dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku

Eutrofický novorozenec – hmotnostní délka odpovídá těhotenství (Zwinger Antonín, 2004, s. 483).

Hypotrofický novorozenec – hmotnost je nižší, než by odpovídalo délce těhotenství (Zwinger Antonín, 2004, s. 483).

Hypertrofický novorozenec – hmotnost je vyšší, než by odpovídalo délce těhotenství (Zwinger Antonín, 2004, s. 483).

1.2 Charakteristické znaky nezralosti

Vždy, když hodnotíme různé znaky u nedonošeného dítěte, musíme při posuzování myslet i na jejich gestační věk a hmotnost (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

1.2.1 Morfologické znaky nedonošených novorozenců

Pokožka u nedonošených novorozenců je s mázkem, lanugo je řídké. Barvu má tmavě červenou, průsvitnou. Pokožka je velmi jemná a náchylná na jakýkoli tlak a prostředky, které používáme k dezinfekci. Lehce na ní vznikají eroze a často slouží jako vstupní brána pro infekci (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

Rýhování na dlaních a ploskách nožek bývá velmi slabé, často jsou vidět jen hlavní rýhy. Prsní žláza a bradavky mohou zcela chybět, oční víčka bývají u extrémně nezralých novorozenců zalepená (nejdou rozlepit) a ušní boltce nejsou úplně vyvinuté (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

U dívek na genitálu dominují malé stydké pysky a u chlapců bývají nesestouplá varlata (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

1.2.2 Fyziologicky charakteristické znaky nedonošených novorozenců

Řadíme zde zažívání, dýchání, termolabilitu, centrální nervovou soustavu, imunitní systém, ledviny a játra.

Zažívání - U nedonošeného novorozence je často nutná parenterální výživa. U dítěte dochází k intoleranci stravy, je zde nedostatečná motilita střev a dítě produkuje menší množství trávicích enzymů (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

Dýchání - Většina dětí narozených předčasně nemá dostatečně vyvinuté plíce, a tudíž má nedostatek surfaktantu. To vede k RDS a ten ohrožuje nedonošené novorozence dechovým selháním. Lékaři provádí distenční terapii a zároveň je podáván surfaktant (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

Termolabilita – novorozenec narozený předčasně má velký povrch těla a malé množství podkožního tuku. To vede k velkým ztrátám tepla nebo naopak k rychlému přehřátí (Dort

Jiří a spolupracovníci, 2004, s. 33). Proto je nutné pečovat o tyto děti na vyhřívaných lůžkách a inkubátorech (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

CNS – jde zde o celkovou nezralost systému. Systém se vyvíjí od počátku 3. trimestru až do dvou let života dítěte (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

Imunitní systém – jedná se o funkční i morfológickou nezralost. Nedonošený novorozenec v závislosti na nezralosti tohoto systému je často postižen infekcemi a těžkými septickými stavy, které vedou k vysoké mortalitě (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

Ledviny – nedonošený novorozenec má problémy s udržováním stálosti vnitřního prostředí, vyskytují se časté otoky, má zvýšené hodnoty draslíku v krvi, koncentrace sodíku se snižuje, vzniká acidóza. Může dojít až k selhání ledvin (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

Játra – u nedonošeného novorozence je častý vznik žloutenky (Roztočil Aleš a kol., 2008, s. 355).

1.3 Předčasné porody a následná péče v ČR

Porody nezralých novorozenců se mají odehrávat v porodnicích s jednotkou intenzivní péče pro novorozence (JINP). Porod u novorozenců s váhou nižší než 1500g musí být odveden v perinatologickém centru (Dort Jiří a spolupracovníci, 2004, s. 33).

V České republice je 13 perinatologických center. V každé z těchto nemocnic byla zřízena JINP. V těchto nemocnicích je speciální vybavení jak pro intenzivní péči porodnickou, tak pro extrémně nezralé novorozence (přístroje pro podpůrnou ventilaci, přístroje umožňující sledování fyziologických funkcí nezralých dětí apod.). Dále se zřídilo několik intermediálních center při oblastních nebo okresních gynekologicko - porodnických odděleních. Nyní je zajištěn tzv. transport in utero. Ženy se začínajícím předčasným porodem jsou odeslány do nejbližšího perinatologického centra podle délky těhotenství. Dítěti je tak ihned po porodu poskytnuta neodkladná péče neonatologem (Čech Evžen a kol., 2006, s. 195).

Z nezralosti novorozenců vyplývají hlavní rizika. Včasná prenatální péče má velký vliv na odhalení žen s rizikem předčasného porodu. Prenatální péče redukuje rizikové faktory, těhotnou ženu lze poučit o možných známkách předčasného porodu a samotný porod tak lze zastavit ještě před tím, než se porod rozběhne a dítě se narodí před termínem porodu (Leifer Gloria, 2004, s. 222-223).

2 KOJENÍ

Nejpřirozenější způsob výživy novorozenců je kojení. Matčino mléko je nejlepší zdroj vody a živin pro dítě. Mateřské mléko (MM) plně pokryje všechny nároky na výživu u dítěte do 6 měsíců. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje výhradně kojení dětí do 6. měsíce, pokud to není možné, tak alespoň do 4. měsíce věku dítěte. Jako součást stravy je doporučováno MM řadit do jídelníčku dítěte až do 1. roku, pokud to dovolí podmínky tak až do 3 let (Hrstková Hana a kol., 2003, s. 28).

Na začátku života nedonošených dětí hraje velký význam výživa MM, má vliv na prevenci a ochranu dítěte před výskytem infekcí, zejména střevních a dýchacích. Proto je na JINP upřednostňována výživa MM. Z velké části jsou extrémně nezralí novorozenci v prvních dnech života na parenterální výživě. Pro takovéto děti a velmi nezralé novorozence může být velmi obtížné dosáhnout plného kojení (Peychl Ivan, 2005, s. 51).

MM je velmi uznávané. Je to nejlepší, co žena může dát svému nedonošenému dítěti. Je velmi důležité pro dítě v oblasti metabolické, imunologické i neurologické. Navíc má pro matku i dítě vysoký psychologický přínos. MM by mělo být pro nedonošené děti fortifikováno za účelem splnění jedinečných výživových požadavků předčasně narozených dětí tak, aby bylo odpovídající růstu a kostní mineralizaci. Když nemá matka dostatečné množství mléka pro své dítě, druhou nejlepší variantu představuje mléko z mléčné banky i přes to, že některé nutriční prvky jsou inaktivovány v pasterizačním procesu (Bertino Enrico, 2012).

2.1 Anatomie mléčné žlázy

Prs ženy je tvořeno vlastní mléčnou žlázou, tukovým vazivem a kožním krytem. Prsní dvorec je více pigmentovaný, nachází se na vrcholku prsu. Mléčné žlázy vyúsťují v prsní bradavce, která je uprostřed prsního dvorce. Mléčnou žlázu obklopuje tukový plášť a ten ovlivňuje konečný tvar prsu. Vazivové pruhy pronikají celým prsem a fixují tak prs ke kůži (Naňka Ondřej, 2009, s. 331).

Prs ženy v dospělosti tvoří 15 – 25 laloků (segmentů) žlázové tkáně, které obklopuje pojivo. V jednom segmentu se sbíhají mlékovody, které odvádí mléko z váčkových alveolů, kde se toto mléko tvoří. Nově vzniklé mléko se ukládá do sinusů, jsou to rozšířené mlékovody – hlavní, na úrovni dvorce. Konečný počet vývodů na bradavce bývá menší než počet segmentů, protože se vývody před vyústěním na bradavce zužují a spojují. Vzhled bradavky určuje svalová vrstva, která se tvoří radiálně i cirkulárně. Uvolňování hormonů prolak-

tinu a oxytocinu způsobuje dráždění bradavky a dvorce. Montgomeryho žlázy pokrývají obvod dvorce, to jej udržuje vláčným. Tento sekret má antiseptické vlastnosti (Zwinger Antonín, 2004, s. 158-159).

2.2 Prsy

Už od samého začátku těhotenství můžeme pozorovat zvětšování prsou, která se připravují na laktaci. Ženy si mohou stěžovat na zvýšené napětí a citlivost prsou. Zvyšuje se průtok krve prsy. Působí zde estrogen a progesteron. Díky estrogeneru stoupá růst duktulů a progesteron podněcuje hypertrofii aleveolů. Aerola mammae se zvětšuje a tmavne. Během těhotenství, ale převážně v jeho druhé polovině, si můžeme všimnout spontánního odtoku vazké, žlutavé tekutiny – kolostra. Spontánní odtok pozorujeme většinou u multipar, u primipar lze kolostrum vytlačit (Zwinger Antonín, 2004, s. 70).

2.3 Složení mateřského mléka

Složení MM se stále mění v závislosti na potřebách dítěte, a to jak během dne, tak během jednoho kojení. MM rozdělujeme na kolostrum a zralé MM. Kolostrum neboli mlezivo je mléko, které se tvoří na konci těhotenství a v průběhu prvních hodin po porodu. Obsahuje méně cukrů a tuků, ale více bílkovin než zralé MM (Frühauf Pavel, 2003, s. 8-9). Mlezivo je produkováno již několik týdnů před stanoveným termínem porodu, je velmi husté a má nažloutlou, světlou barvu (Gregora Martin a Paulová Magdalena, 2008, s. 16). Obsahuje tzv. imunoglobuliny, to jsou protilátky, které v prvních měsících chrání kojeneho novorozence před infekcemi. Pro děti je velmi dobře stravitelné a napomáhá k rychlejšímu odchodu první stolice - smolka (Iburg Anne, 2009, s. 20).

2.3.1 Bílkoviny

Bílkoviny jsou nejstálější součástí v MM. Jejich obsah není závislý na stravě matky, pokud netrpí vážnou bílkovinnou podvýživou. Zásadní bílkovinou je laktalbumin. Poměr kasein : laktalbumin je 30 : 70, v kolostru je opačný poměr. Díky menšímu množství kaseinových složek je MM lehce stravitelné a průchozí doba žaludkem je krátká. V MM je v porovnání s jinými savci nízký obsah bílkovin, avšak je dostatečný pro správný růst novorozenců a kojenců. Současně je velmi nízká zátěž pro funkčně nezralé ledviny. Některé ze složek MM se řadí do prebiotik. Význam těchto prebiotik je velmi důležitý při osidlování zažívacího systému a jeho správnou funkci (Frühauf Pavel, 2003, s. 8-9).

2.3.2 Tuky

Tuky tvoří asi polovinu kalorické hodnoty mléka. Jsou velmi důležité pro správný růst a vývoj novorozence, zároveň jsou energetickým zdrojem. Ve zralém mléce jich můžeme nalézt téměř o polovinu víc než v kolostru. Množství tuku v mléce se liší u každé ženy, ale kolísá i během dne. Stejně tak i během kojení. Rozlišujeme tzv. přední a zadní mléko. Přední obsahuje méně tuků a slouží především k „zahnání žízně“. Zadní mléko naopak k zasyčení dítěte, jeho kalorická hodnota je mnohem větší (Frühauf Pavel, 2003, s. 9-10).

2.3.3 Cukry

V MM je největší podíl laktózy, dále galaktózy a fruktózy. Kolostrum obsahuje asi 4% laktózy, ve zralém mléce stoupá na 7%. Laktóza je velmi důležitá pro správný vývoj CNS, zároveň usnadňuje vstřebávání železa a vápníku (Frühauf Pavel, 2003, s. 10).

2.3.4 Vitamíny

Množství vitamínů v MM je většinou dostatečný, může kolísat v závislosti na stravě matky, zvláště pak vitamíny, které se rozpouští v tucích – A, D, E a K. Vitamínu A je více v kolostru než ve zralém MM. Vitamín K se dětem po porodu dodává vzhledem k možnosti výskytu hemoragické nemoci. Ženy, které přijímají ve své stravě dostatečné množství nenasycených mastných kyselin, mají i dostatečné množství vitamínu E. Množství vitamínu D je v MM nízký, avšak dostatečný. Vitamínů rozpustných ve vodě bývá dostatečné množství, pokud má žena stravu pestrou. Pouze u vegetariánek se objevuje malé množství vitamínu B₁₂ (Frühauf Pavel, 2003, s. 10-11).

2.3.5 Minerální látky a stopové prvky

Množství významných prvků je v MM dostatečné, pokud ženě samotné tyto prvky nechybí. V MM je menší obsah minerálních látek než v kolostru. Odpovídá to potřebám dítěte, jeho zralosti ledvin a metabolické aktivitě. Zdravá žena, která má průměrné zásoby minerálních a stopových látek předává dítěti optimální množství těchto prvků. Na některých územích se může stát, že je u žen v mléce obsaženo málo zinku a jódu, to však lze doplnit správnou stravou, popřípadě potravinovými doplňky (Frühauf Pavel, 2003, s. 11).

2.4 Fortifikace mateřského mléka

Pro některé nedonošené novorozence může být kojení MM nedostatečné, převážně po stránce nutriční a kalorické. Složení MM se přizpůsobí nedonošenému dítěti, avšak navý-

šená potřeba bílkovin, minerálů a cukrů nemusí být dostatečná pro správný vývin dítěte, které se narodilo předčasně. Rozhodnutí, zda dítěti dostačují hodnoty v MM, je velmi obtížné určit. U nezralých dětí posuzujeme prospívání a přiměřený růst porovnáním s předpokládaným růstem intrauterinním nebo používáme biochemické markery k posouzení přiměřenosti výživy. Fortifikace neboli obohacování MM se v některých perinatologických centrech provádí téměř rutinně. Tato fortifikace se pak ukončuje s propuštěním dítěte domů. Toto období je pro dítě velmi náročné a jeho výživa může být opět nedostatečná. V takových případech je nutné, aby byli rodiče edukováni a zajistila se fortifikace i v domácích podmínkách. Matka musí mléko odstříkávat a fortifikovat, to je pak dítěti podáváno stříkačkou nebo některou z pomůcek na krmení. Druhou možností je střídat kojení s podáním speciálního mléka pro předčasně narozené děti. Fortifikace by měla dítěti nejen dodávat zvýšené množství základních živin, ale poskytovat i dostatečný přísun vitamínů D, K, vápníku, železa, fosforu a některých dalších stopových prvků (Peychl Ivan, 2005, s. 52-54).

2.5 Výživa předčasně narozených dětí

Správná strava dítěte musí dítěti zajistit takový vývoj a růst, jaký by měl v posledním trimestru intrauterinního života. Nedonošený novorozenec se velmi liší od donošeného dítěte. Nemají dostatečně zralé polykací a sací reflexy, zejména novorozenci, kteří se narodili před 34. týdnem těhotenství. Jejich energetický požadavek je relativně vysoký s malým obsahem žaludku a nedostatečnou sekrecí (Borek Ivo a kol., 1997, s. 168).

Kojení předčasně narozeného dítěte lze začít po dozrání důležitých fyziologických mechanismů. Pro dítě, které nemůže být ještě kojeno, je nejvhodnější podávat odstříkané mléko matky, dostatečně fortifikované pomocí nazogastrické sondy (Dort Jiří a spol., 2004, s. 19).

Jakmile to dovolí stav dítěte, přikládá se k prsu. Kardiopulmonární funkce dítěte jsou stabilnější při kojení z prsu, než při krmení z láhve. Většinou volíme vzpřímenou polohu, kdy je sání efektivnější. První pokusy s přikládáním dítěte provádíme okolo 30. - 31. týdne a zdárný výsledek bývá kolem 32. týdne. U nedonošených dětí narozených mezi 34. a 36. týdnem gestace nebývá většinou s kojením problém. Pro dítě je snazší přecházet na kojení z krmení sondou než z láhve. Sání z láhve se velmi liší technikou od sání z prsu a pro dítě je přeučení velmi obtížné. Důležitá je psychická pohoda novorozence a rodičů, nutná je i velká trpělivost (Frühauf Pavel, 2003, s. 29-30).

U zralého novorozence je samozřejmě dosažení plného kojení a délky jeho trvání snadnější než u nedonošeného dítěte. V případě kdy matka nedonošeného dítěte spolupracuje se zdravotnickým personálem a kojení nevzdá, je úspěšnost ucházející. Podle některých výzkumů i děti s váhou nižší než 1500g mohou být dlouhodobě plně kojené až v 50% případech. Samozřejmě žena musí ihned po porodu podporovat a udržovat laktaci odstříkáváním MM. Při srovnání plně kojených donošených a nedonošených dětí se může vyskytovat u nedonošeného dítěte delší doba kojení, ale současně množství vypitého mléka je menší s vyšším počtem krmení za den. Proto je někdy vhodné střídat kojení s dokrmováním MM pomocí laktačních pomůcek (stříkačky, kádinky, lžičky atd.). Postupem času naroste nedonošenému novorozenci svalová síla a může předčít i stejně staré donošené děti s příjmem vypitého mléka. Děti jsou často propouštěny z porodnice, kdy matka střídá kojení s podáváním umělé výživy. V takovém případě, pokud žena stojí o plné kojení, které se dobře rozvíjí, je dobré dokrm co nejdříve vysadit, podporovat ženu v kojení a často kontrolovat váhu dítěte. Ke kontrole může matce sloužit i počet promočených plen za den, což by se mělo pohybovat okolo 5 až 6 (Peychl Ivan, 2005, s. 51-52).

2.6 Základní reflexy dítěte

Matka i dítě se podílejí na souhře kojení stejným dílem. Dítě musí mít zkoordinované a správně fungující 3 základní reflexy. A to reflex hledací, sací a polykací. Reflex hledací se u dítěte vyvíjí přibližně v 32. týdnu. Jde o reflex, kdy se dotykem na tváři nebo okolí rtů dítěte vyvolá odezva v podobě otevírání úst, vyplazování jazyka nebo otáčení hlavy do stran. Sací reflex je vyvolán dotykem bradavky o tzv. sací bod, tímto se vyvolá peristaltická vlna jazyka, která začíná na špičce jazyka a pokračuje dál. Mléko je vytlačeno z prsu tlakem jazyka proti hornímu patru dítěte. Polykací reflex se vyvolá douškem mléka v zadní části jazyka, kde dítě toto mléko polyká. Souhra těchto reflexů spolu s dýcháním je zralá mezi 32. a 35. týdnem (Frühaufl Pavel, 2003, s. 17).

2.7 Technika kojení

Jedná se o soubor zásad, které se musí dodržet pro zdárný výsledek při kojení. Týká se polohy matky a dítěte, nabízení prsu a konečnému přisátí dítěte. Každé dítě i matka jsou jiné a vyhovují jim jiné věci a metody. Je nutné najít tu nejvhodnější variantu pro danou matku a dítě. Technika kojení má svá pravidla, které při jejich dodržování vedou k úspěšnému kojení dítěte a příjemnému prožitku matky (Gregora Martin a Paulová Magdaléna, 2003, s. 24). Tyto techniky nejsou složité, ale i tak k většině chyb a komplikací

dochází nedodržováním těchto zásad. Matku může kojení bolet a poranit jí bradavku. Může dojít až k zadržení mléka nebo mastitidě. Dítě pak nepřibývá na váze a může být neklidné (Frühauf Pavel, 2003, s. 18).

Základ úspěchu je správná technika kojení. Matka musí zaujímat pohodlnou polohu, tělo matky má být v těsném kontaktu s tělem dítěte, matka nabízí svůj prst dítěti tak, že prsty jsou pod dvorcem a palec nad dvorcem. Nos, brada i tváře dítěte se dotýkají prsu, dítě má doširoka otevřená ústa, dítě nevydává žádný zvuk a jeho tváře nevpadávají dovnitř. Před ústy dítěte se nenapíná tkáň prsu a dítě saje pomalými tahy. Po celou dobu kojení nesmí matka cítit bolest (Gregora Martin, 2005, s. 38).

2.8 Polohy matky a dítěte při kojení

Důležité je, aby žena zaujala pohodlnou pozici pro sebe i dítě. Měla by se zbavit napětí a uvolnit se – hlavně ramena, paže a hlavu. Podstatná je poloha dítěte v závislosti na poloze matky. Dítě musí být otočeno celým svým tělem na matku. Kyčle dítěte, rameno i ucho musí být v jedné linii. Bradavka ženy musí být vždy ve stejné úrovni jako ústa dítěte. Žena by se neměla při kojení dítěte dotýkat na obličeji ani hlavičce. Dítě reaguje na takové podněty a odvrací hlavičku (Frühauf Pavel, 2003, s. 18 - 19). Každé ženě a každému dítěti vyhovuje jiná poloha při kojení, neexistuje jedna poloha, která by byla ideální pro všechny. To záleží na spoustě dalších faktorů, jako jsou velikost a tvar prsou, zralost miminka nebo délka ruky ženy (Gaskinová Ina May, 2011, s. 102).

2.8.1 Poloha Tanečnicka – Dancerova poloha

Tato poloha je vsedě. Používá se, když má dítě problémy s uchopením a udržením bradavky v ústech. Doporučuje se u nedonošených dětí z důvodu polohy dítěte. To je stočené do fetální polohy, tak jako v břiše matky. Při této poloze se žena pohodlně usadí, záda si podpoře polštářem, nesmí se ani předklánět ani zaklánět. Dítě bude podpírat opačnou rukou, než na straně, na které bude kojit (když dítě kojí z pravého prsu, podpírá jej levou rukou). Vhodné je si na klín umístit polštář. Žena tak nemusí držet plnou váhu dítěte, část jeho váhy spočívá na polštáři. Zároveň se tímto podložením dítě dostane blíže k prsu matky. Ruka ženy, která drží dítě, zároveň podpírá i hlavičku, palec spočívá za ouškem dítěte. Dítěti nesmíme tlačit na temeno hlavičky, dítě se pak vzpírá a prohýbá dozadu. Druhá ruka ženy – ta na stejné straně, z které chceme, aby dítě sálo prs, utvoří písmeno U prsty a prs si

podpírá. Nesmí se přitom dotýkat dvorce, ten má mít dítě v ústech (Gaskinová Ina May, 2011, s. 107 - 109).

2.8.2 Boční držení – fotbalová poloha

Při této poloze žena sedí s podloženými rameny a zády. Polštář má i na klíně, na který položí své dítě, při jeho přisátí se pohodlně opře zády a může si podložit i ruku, která dítě přidržuje. Žena podpírá dítěti hrudník paží a rukou krk. Dítě je otočené čelem k tělu matky. Jeho ústa jsou před prsem matky a spodní část těla leží v podpaží ženy. Dítě by nemělo natahovat krk k uchopení bradavky, a ani matka se nemá naklánět k dítěti. Důležité je dítěti podpírat hlavu tak, aby jí mohlo hýbat do stran. Hlavičku podpíráme, nedržíme ji pevně, zároveň podpíráme záda dítěte a část krku. Tuto polohu využívají ženy s velkými prsy. Žena tak lépe vidí na dítě a snadněji upravuje polohu hlavičky. Stejně tak vyhovuje ženám po císařském řezu a ženám s nedonošenými dětmi, kdy dítě saje slabě (Gaskinová Ina May, 2011, s. 106-107).

2.8.3 Vzpřímená poloha – vertikální

Matka se pohodlně usadí a dítě si položí obkročmo čelem k ní tak, aby dítě jakoby sedělo na matčině stehně. Matka má ruku kolem dítěte na stejné straně, kde chce, aby dítě sálo prs tak, že drží jeho tělo a zároveň podpírá dítěti hlavu i krk. Prs nadzvedává dítěti druhou rukou. Tuto polohu volíme nejčastěji u nedonošených novorozenců, dětí, kterým dělá problémy přisátí a dětem s malou bradou (Zamarská Jana, 2006, s. 26).

2.8.4 Kojení dvojčat

Velmi vhodné bývá kojení dvojčat současně. To napomáhá lepší sekreci prolaktinu a tím zajišťujeme dostatek mléka pro obě děti při dalším kojení. Kojení obou dětí naráz bývá i velmi časově výhodné pro matku. Vhodná poloha je tzv. fotbalová boční poloha, která může být při kojení dvou dětí náročná a matka pro její používání potřebujeme jistý cvik. Nutné je tedy matce ze začátku při kojení pomoci (Zamarská Jana, 2006, s. 52). Tato poloha umožňuje, aby každé dítě mělo svůj vlastní prs a pilo z něj pravidelně (Zamarská Jana, 2006, s. 26).

2.9 Správné přisátí

Správné přisátí dítěte poznáme, když je jeho brada zabořena do prsu, dítě předsunutím brady uvolní dýchací cesty. V případě, že dítě zaujímá špatnou polohu, křičí a pouští se prsu.

Ženu kojení může bolet, když takové dítě drží pouze bradavku, nikoli celý dvorec - sání je neefektivní. Výchozí je vždy poloha ženy, dítě se této poloze přizpůsobuje a je k prsu přikládáno, nikoli prs k dítěti (Frühauf Pavel, 2003, s. 18-19).

Dítě musí mít rty ohrnuté vně a těsně přitisknuté k prsu. Problém mohou mít ženy s velkými prsy, kdy si nemůžou zkontrolovat správné přisátí. Zjistí to tehdy, když dítěti oddálí spodní ret a podívají se na jazyk dítěte, ten má být stočen do pohárku a objímat tak bradavku. Tímto ji masíruje a prs se vyprazdňuje, dítě tak může pít. Mezi další ukazatele správného přisátí můžeme zařadit viditelný pohyb mezi uchem a spánkem dítěte, když saje nebo můžeme slyšet, když dítě polyká. Naopak mlaskavý zvuk nám naznačuje špatné sání a jeho přerušování. Stejně tak je sání neefektivní, když dítě neustále bradavku vtahuje a vytahuje ven. Při kojení totiž nesmí docházet k žádnému tření mezi prsem matky a ústy dítěte (Gaskinová Ina May, 2011, s. 110-112).

Dítě by se nemělo přikládat k prsu, když křičí. Dítě má při křiku špičku jazyka na horním patře a nemůže tak správně uchopit celý dvorec. Do úst se mu dostane pouze bradavka a jazyk tak nemůže správně fungovat k napomáhání sání. Když se dítě správně přiloží, chrání tak žena svou bradavku, ta je hluboko v ústech dítěte a jazyk s dásněmi pracují jen s dvorcem, nemůže tak dojít k poškození bradavky. Po správném přisátí dítěte se rychlé sací pohyby zpomalí a přechází do dlouhých táhlých pohybů, což je ukazatel správného oxytocinového spouštěcího reflexu (Frühauf Pavel, 2003, s. 20).

2.10 Špatné přisátí

Dítě může být prisáto špatně z několika důvodů. Jedním z nich mohou být ploché bradavky. V takovém případě se dítě zkouší přikládat s pomocí kloboučku. Jiným důvodem je velký obsah mléka v okolí dvorce a bradavky. Tehdy musí matka mléko před kojením odstříkat, jelikož dítěti nejde uchopit tak tuhou tkáň. Prs může být i oteklý, žena si musí prsy masírovat a snažit se otok rozehnat. Prs masíruje směrem nahoru a k odstříkávání mléka nepoužívá nadále odsávačku. Pokud žena dítěti nabídla dudlík nebo savičku je možné, že se dítě naučilo jiný způsob sání, který u těchto náhražek využívá a nyní prs odmítá. Špatné přisátí dítěte může být komplikací pro matku i dítě. Matka bude mít prsy velmi bolestivé, nalité a bradavky se můžou poškodit. Sníží se tvorba mléka a dítě nebude prospívat, bude nespokojené a to se odrazí i na náladě ženy (Zamarská Jana, 2006, s. 28).

2.11 Sání z prsu a láhve

Při sání z prsu musí spolupracovat jazyk, čelist i brada souběžně a v souladu. Při nabídnutí láhve dítěti je postup zcela jiný. Dítě při pití z láhve nepotřebuje mít široce otevřená ústa a naučí se je otevírat jen částečně, což nám způsobuje problém při nabízení prsu. Dítě je zvyklé uchopit jen malou část, což může bradavku poranit. Stejně tak, když je dítě z láhve zvyklé na tuhý dudlík, po nabídnutí prsu v porovnání s měkkou bradavkou nemusí správně sát. Při pití z láhve dítě nepoužívá dolní čelist a jazyk, který tvrdý dudlík neobejme. Naopak používá jazyk k upravování rychlosti toku mléka z láhve, a když tento naučený pohyb dítě používá při kojení z prsu, vystrkuje tak bradavku z úst. Při sání z láhve dítě rty objímá dudlík a tiskne jej. Při použití tohoto naučeného zvyku u bradavky působí své matce bolest. V neposlední řadě je dítě zvyklé při pití z láhve na určitou rychlost a u prsu je pak zaskočené a zmatené. Dítě není schopno používat obě techniky, to způsobí odmítání prsu. Doporučuje se proto používat jiné metody dokrmování než láhev, například kádinku, kapátko nebo stříkačku (Schneidrová Dagmar, 2006, s. 16-17).

2.12 Odšťikávání a skladování mateřského mléka

Každá matka se může dostat do situace, kdy je nucena odšťikávat MM. Žena musí začít odšťikávat MM při jeho nadbytku, když je odloučena od svého dítěte, při zadržování MM, když dítě saje neefektivně a špatně, nebo když je potřeba vytvarovat dvorec s bradavkou, aby jej dítě mohlo lépe uchopit. Při odšťikávání MM se často stává, že matce klesne produkce mléka. V takovém případě je vhodné podpořit tvorbu mléka a to častým přikládáním dítěte k prsu, pokud to je možné. Odšťikávání přináší ženě obtíže a časové vytížení. Je nutné se techniku dobře naučit a správně zvládnout. V případě, že matka nemůže být se svým dítětem, je dobré začít s odšťikáváním co nejdříve. Když je žena po porodu odloučena od dítěte je ideální začít s odšťikáváním přibližně do 6 hodin, nejpozději však do 12 hodin od porodu. Od té doby musí matka odšťikávat pravidelně, 6 – 8 krát za den a z toho dvakrát v noci. Doba odšťikávání by se měla pohybovat okolo 15 - 20 minut. Pokud to je možné, je vhodné se na své dítě po dobu odšťikávání alespoň dívat, podporuje to tvorbu MM. Je důležité přiložit dítě k prsu i jen na krátký okamžik co nejdříve, jakmile to daná situace dovolí (Zamarská Jana, 2006 s. 45 - 46).

2.12.1 Ruční odstříkávání

Znalost ručního odstříkávání je velmi užitečná, je vhodné se jej naučit již před porodem. Žena nikdy neví, kdy se jí tato schopnost bude hodit. V případě, že se ocitne bez svého dítěte, je to nejjednodušší způsob, jak ulevit svým přeplněným prsům a ulevit si od bolesti. Ženě se mléko odstříkává lépe před samotným kojením než po něm. Žena uchopí prs přibližně čtyři centimetry od bradavky. Palec položí směrem nahoru a ukazováček s prostředníkem pod prs. Neorientujeme se podle dvorce - každá žena jej má jinak velký. Žena si přitlačí prs prostředníkem a palcem směrem k hrudi. Pak posune palec k bradavce, zároveň přestane tlačit prostředníkem a použije ukazovák. Takto prsty posouvá po prsu a opakuje. V případě, že mléko nechce téct, vyzkouší žena celý proces v teplé sprše nebo lázni. Může pomoci i jemná masáž prsou. Ruční odstříkávání nesmí ženu bolet, odstříkáváme prs s citem (Gaskinová Ina May, 2011, s. 124 - 125).

2.12.1.1 Masáž mléčných žláz

Masáž dle Marmetové slouží k otevírání a uvolňování mlékovodů. Při jejím provádění se nehladí kůže, ale přiměřeným tlakem se masíruje tkáň pod kůží. Žena provádí malé kroužky špičkou dvou až tří prstů. Začíná u hrudníku a spirálovitě postupuje k prsnímu dvorci. V případě, že žena ucítí zatvrdlinu, masíruje místo delší dobu, ale nepoužívá větší tlak, aby ji to nebolelo. Při ucpaní mlékovodů může žena zvolit jemné vibrování konečky prstů. Touto masáží se aktivuje vypuzovací reflex (Weigert Vivian, 2006, s. 61).

2.12.2 Manuální odsávačky

Máme dva druhy manuálních odsávaček. První typ funguje na základě podtlaku. Tyto odsávačky obsahují uvnitř dva válce, které jsou odděleny těsnícím gumovým kroužkem. Mléko je tak možno uchovávat v zevním válci nebo láhvi, která je oddělená. Druhý typ odsávačky funguje na základě pumpování. Žena si může měnit rychlost odsávání a jeho rytmus. Většinou je výhodnější použít rychlejší pumpování na začátku ke spuštění mléka a pomaleji pumpovat při začátku vytékání mléka (Gaskinová Ina May, 2011, s. 171).

2.12.3 Elektrické odsávačky

Známe 3 druhy elektrických odsávaček. Odsávačka automatická, poloautomatická a odsávačka na baterie. Nejlepší typ odsávačky je odsávačka automatická. Pořizují si je matky, které ví, že budou od dítěte odloučeny mnoho hodin nebo matky, které potřebují podpořit a zvýšit tvorbu mléka. Tyto odsávačky jsou schopny odsávat oba prsy naráz, tím ženě ušetří

čas. Automatická odsávačka napodobuje sání dítěte, zpočátku odsává mléko rychleji a poté přechází do klidnějšího sání. Nejlepší je co nejméně napodobit sání dítěte. Ideální je odsávačka, která stimuluje prs 40 - 60krát za minutu. Žena by si měla dát pozor na levnější varianty elektrických odsávaček, které mají méně výkonný motorek, a tím sání může ženě vyvolávat bolest. Méně výkonný přístroj má zdlohavější cykly v sání a tahají tak příliš silně za velmi měkkou prsní tkáň. Zároveň se pomalejší stimulací prsu netvoří přiměřené množství mléka (Gaskinová Ina May, 2011, s. 172).

2.12.4 Základy odsávání

Jedno ze základních pravidel správného odsávání je dbát na řádnou hygienu. Přischlé mléko na částech odsávačky je nevhodnější místo pro množení bakterií, které mohou ohrozit matku, tak i dítě. Je nutné si před každým používáním odsávačky omýt ruce teplou vodou a mýdlem. Před prvním použitím je nutné odsávačku vysterilizovat. Pak se jednotlivé části odsávačky nemusí omývat po každém použití. Je dostačující omytí jednou za 8 - 10 hodin. Používání odsávačky není jednoduché a žena se jej musí naučit stejně jako kojení. Důležité při odsávání je, aby žena měla mléko spuštěné. Tomu může napomoci, když bude odsávat mléko na klidném místě, kde bude mít soukromí. Žena by měla začít s odsáváním hned ráno, kdy má větší množství mléka než později odpoledne. Při odsávání by žena neměla myslet na to, kolik mléka se jí podaří odsát, a zda je to dostatečné množství. To tok mléka spíše zpomalí. Matka by si měla najít nějakou relaxační činnost, která jí při odsávání bude vyhovovat. Žena by měla pomalu dýchat, každé odsávání by měla doprovázet stejnými rituály a před odsáváním si může oba prsy promasírovat. Když se ženě i přesto nechce spustit mléko, měla by vyzkoušet přiložení teplého obkladu na prsa před zahájením odsávání nebo se předklonit a prsy si lehce hladit od hrudníku až k bradavce. Pro posílení tvorby mléka je vhodné párkrát vystřídat masírování s odstříkáváním. Podstatné je vědět, že čím více žena odsává mléko, tím se ho později bude více tvořit (Gaskinová Ina May, 2011, s. 173 - 174).

2.12.5 Bolest při odsávání

Odsávání MM nesmí být pro ženu bolestivé. Bolest ovlivňuje záporně tok mléka. Pokud ji žena při odsávání pociťuje, musí příčinu odstranit. Bolest může naznačovat poškození prsní bradavky a dvorce. Jednou z příčin může být odsávačka, která vyvíjí dlouho velký tlak na prs. Tento tlak jde na některých odsávačkách zmenšit. Jinou příčinou může být špatná velikost nádstavce na bradavku s dvorcem. Ženě v takovém případě může pomoci si nád-

stavec před přiložením k prsu navlhčit. Bradavka by měla být umístěna přímo uprostřed nádstavce. Pokud ani to nepomůže, je zřejmě nádstavec pro ženu malý. Dochází tedy ke tření a materiál bradavku poškozuje, žena si musí koupit větší velikost nádstavce (Gaskinová Ina May, 2011, s. 175).

2.12.6 Skladování mateřského mléka

Mléko se má skladovat v čisté nádobě, která je přikrytá víkem. Zmražené mléko v mrazáku se dá použít maximálně po dobu tří měsíců (při teplotě -18°C až -20°C). Mléko, které umístíme do ledničky má dobu trvanlivosti 24 hodin, někdy je tolerováno 72 hodin. Odvíjí se to od teploty v chladničce. Když je mléko správně uchováváno, vydrží při pokojové teplotě až 6 hodin (Mydlilová Anna, 2004). Během doby skladování se v chladném mléku může oddělit tučnější část mléka od té méně tučné. V takovém případě mléko jemně promíchejte, tak se zase spojí. S mlékem se nesmí násilně a rychle třepat, taková manipulace mléku škodí. V mléce se mohou zničit důležité živiny při zahřívání v mikrovlnné troubě. Proto je důležité mléko zahřívát pomalu v nádobě s teplou vodou (Gaskinová Ina May, 2011, s. 175 - 176).

Po rozmražení se mléko nikdy nesmí znovu zamrazit. Mléko, které bylo uchováváno v mrazáku se po rozmražení musí spotřebovat do jednoho dne. Ideální pro mrazení mléka jsou skleněné lahvičky s uzávěrem nebo nádobky umělohmotné, které jsou vyráběny právě pro tento účel. Během jednoho dne se ženě v průměru vytvoří přibližně 900g mléka. S postupem času se ženě nezvyšuje produkce mléka, ale zvyšuje se jeho kalorická hodnota tak, aby odpovídala potřebám dítěte (Gaskinová Ina May, 2011, s. 175 - 176).

2.13 Banky mateřského mléka

Tyto banky se většinou vyskytují poblíž perinatologických center. Banky s MM začaly vznikat z důvodu nemožnosti kojení některých dětí MM. Bylo důležité těmto dětem poskytnout plnohodnotnou náhradu a to ve formě podání cizího MM. Od roku 1987 podle doporučení WHO není možné krmit dítě neupraveným cizím MM z důvodu rizika přenosu HIV. Proto musí být takové mléko před podáním dítěti pasterizováno (Mydlilová Anna, 2004).

2.13.1 Teplota pasterizace v bankách

V roce 1981 na celosvětovém kongresu v Hradci Králové se stanovila teplota pasterizace na 62,5°C na dobu trvání 30 minut. Tato doba trvání s danou teplotou spolehlivě inaktivuje virus HIV i jiné viry odolávající vysokým teplotám (Mydlilová Anna, 2004).

2.13.2 Dárcovství a jeho organizace

Všechny nemocnice, ve kterých je banka pro MM je povinna mít propracovanou strategii pro zacházení a skladování MM a zdravotníci musí v tomto směru školeni. Vedení mléčné banky pověří zdravotníka, který musí přezkoumat strategii a podepsat ji společně s epidemiologem nemocnice. Tato kontrola musí být prováděna každý rok. Ženy, které chtějí mléko darovat, musí být zdravé, musí mít potvrzení a být vyšetřeny na řadu nemocí. Dále se u nich provádí výtěry. Většina dárek se získává již v porodnicích, jiné pak u praktických lékařů pro děti a dorost (Mydlilová Anna, 2004).

2.13.3 Odstříkávání mléka do mléčné banky

Žena darující mléko musí být řádně informována o správném odstříkávání a hygieně. Vždy by měla mít možnost telefonické konzultace v případě, že si nebude vědět rady. Vhodnější je mléko ručně odstříkané, jelikož snižuje bakteriální osídlení. V případě užívání odsávačky dostane žena návod, jak odsávačku řádně čistit a sterilizovat. Nádoby na mléko ženě vydává přímo mléčná banka. Tyto nádoby před použitím vymyje horkou vodou nebo nastaví 80°C při mytí v myčce. Prvních deset mililitrů odstříkává zvlášť, protože toto mléko je více osídleno bakteriemi. Láhve neplní celé, jelikož se mléko při zmrazení rozpíná a vždy každou láhev označí datem sběru a jménem (Mydlilová Anna, 2004).

2.13.4 Manipulace s mateřským mlékem

Žena odstříkané mléko ihned uloží do mrazničky, kde skladuje i další dávky. Při převozu do mléčné banky musí být mléko uloženo v přenosné mrazničce tak, aby zůstalo po celou dobu zmražené. V bance se mléko ihned nerozmrazuje, ale označí se datem příjmu, jménem a uloží se do mrazáku. Vždy se vyplňuje i evidenční list (Mydlilová Anna, 2004).

2.13.5 Zpracování mléka v bance

Všechna mléka se musí pasterizovat. Před tímto výkonem se mléko vloží do teplé vodní lázně (cca 20°C) maximálně na tři hodiny, aby se rozmrazilo. Z každé dávky mléka od každé dávkyně se vybere náhodný vzorek, který se vyšetřuje mikrobiologicky, na bílkovinu

z kravského mléka a vyšetření tučnosti mléka. Poté se mléko vkládá do pasterizátoru, kde se zahřívá po dobu 30 minut na teplotu 62,5°C. Tím se v mléce zničí viry a bakterie a zachovají se jeho žádoucí vlastnosti. V pasterizátoru musí být mléko zcela ponořené a pořádně uzavřené. Po vyjmutí z pasterizátoru se mléko vkládá do vodní lázně na deset minut při deseti stupních. Po tomto chlazení se odebírají vzorky na bakteriologické vyšetření. Správně pasterizované mléko se může uchovávat v mrazáku po dobu tří měsíců, při teplotě -20°C. Při rozmrazení lze uchovat v chladničce jeden den a znovu se takovéto mléko nikdy nesmí mrazit (Mydlilová Anna, 2004).

2.13.6 Důvody pro užívání mléka z banky

Výživa MM je pro dítě nejlepší a upřednostňuje se před jakýmkoli náhražkami. V dnešní době se změnil i pohled na výživu extrémně nezralých nebo patologických novorozenců. Snahou je co nejrychleji přejít z parenterální výživy na plnou enterální stravu. Brzká enterální výživa zlepšuje adaptaci zažívacího traktu a optimalizuje střevní flóru. Čím více je dítě nedonošené, tím je pro něj důležitější výživa MM. MM zlepšuje psychologické funkce dětí. Cizorodá bílkovina, kterou obsahují kojenecké výživy má velkou alergizující schopnost. Kravské mléko je jeden z nejvýznamnějších alergenů v potravě kojenců a může hrát roli i ve výskytu diabetu mellitu. Mimoto výživa MM ochraňuje dítě před řadou nemocí (např. hypertenzí, diabetem mellitem, osteoporózou nebo aterosklerózou), (Mydlilová Anna, 2004).

2.14 Alternativní způsoby výživy nedonošených dětí

Dítě můžeme krmit několika alternativními způsoby. Tyto možnosti využíváme především u předčasně narozených dětí, které nejsou schopny sát přímo z matčina prsu. Radíme sem krmení dítěte z hrníčku nebo kádinky, krmení lžičkou, krmení stříkačkou nebo kapátkem, krmení dítěte po prstu a krmení dítěte pomocí suplementoru (Zamarská Jana, 2006, s. 48).

2.14.1 Krmení dítěte z hrníčku nebo z kádinky

Toto krmení je nejvhodnější pro předčasně narozené děti. Správně stimuluje pohyby rtů dítěte a pohyb jazyka. Při krmení dítěte za použití těchto pomůcek se velmi snadno později přechází k samotnému kojení. Při používání hrníčku nebo kádinky se dítě nachází ve vzpřímené poloze. Pro snadnější krmení zavineme dítě do zavinovačky tak, aby nám nezesnadňovalo pohybem rukou krmení. Nádobkou s připraveným mlékem se dotkneme rtů dítěte. Vyvoláme tak sací pohyb a dítě vysune jazyk stočený do pohárku, jako když chce

sát bradavku. Při tomto pohybu dítěti malé množství mléka nalijeme na stočený jazyk. Vždy čekáme s další dávkou, než dítě polkne tu předchozí (Zamarská Jana, 2006, s. 49).

2.14.2 Krmení dítěte lžičkou

Krmení dítěte za pomoci lžičky patří mezi jednu z nejčastějších metod z důvodu, že lžičku má každý rodič u sebe doma a dítě tak může v tomto způsobu krmení pokračovat i v domácím prostředí. Důležité je dítě držet ve svislé poloze. Ke rtům dítěti přiblížíme lžičku a počkáme, než dítě začne svými rty vykonávat sací pohyb. V této chvíli necháme mléko vtéct do dětských úst. Tento postup opakujeme, vždy ale čekáme, až dítě předchozí dávku polkne (Zamarská Jana, 2006, s. 48).

2.14.3 Krmení stříkačkou nebo kapátkem

Dítě držíme ve svislé poloze, do úst mu po jejich otevření vložíme stříkačku nebo kapátko. Dítěti do úst pomalu vstříkujeme v malých dávkách obsah stříkačky nebo kapátka. Mléko by nemělo dítěti do úst pomalu vtékat. Dítě by se mělo snažit sát při krmení stříkačkou. Vždy čekáme, až dítě jednotlivé porce mléka polkne (Zamarská Jana, 2006, s. 48).

2.14.4 Krmení dítěte po prstu

Tuto metodu lze uplatňovat při krmení stříkačkou nebo cévkou. Před zahájením krmení je nutné řádně omytí rukou, zvláště ukazováčku, který bude dítěti vkládán do úst. Dítě se při krmení opět nachází ve svislé poloze. Ukazováček vsuneme do úst dítěte až do poloviny druhého článku, přitom musí bříško prstu směřovat k hornímu patru dítěte a nehet k jazyku. Důležité je vyvolat u dítěte sací reflex a tím pohyb jazyka. Toho docílíme tak, že dítě pošmráme na horním patře - tam se nachází tzv. sací bod. Poté budeme dítěti vstříkovat mléko stříkačkou na ukazováček a to bude dítěti následně vtékat do úst. Při krmení za pomoci cévky, vkládáme dítěti začátek cévky do úst podél našeho prstu. Cévkou je připojena na stříkačku a dítěti tak vstříkujeme mléko přímo do úst (Zamarská Jana, 2006, s. 49).

2.14.5 Krmení pomocí suplementoru

Suplementor je nádoba, do které připravíme pro dítě odstříkané mléko. Matka si tuto nádobu pověsí na krk. Dítě si přiloží k prsu, kde je vyvedená slabá cévka, která je vedena kolem bradavky a napojuje se na suplementor. Dítě při sání stimuluje matce tvorbu mléka, dostává mléko přímo z prsu a pomocí cévky i ze suplementoru (mléko odstříkané). Podobná metoda se dá použít i v případě napojení cévky na stříkačku (Zamarská Jana, 2006, s. 49).

2.15 Umělá strava

Růst nedonošeného dítěte většinou začíná okolo druhého týdne života. Kvalita růstu nedonošeného dítěte v poporodním období se odvíjí od druhu výživy dítěte. Je vhodné používání formulí pro předčasně narozené děti. Protože při podávání nedonošenému dítěti formule pro donošené, má dítě daleko větší množství tělesného tuku ve srovnání s plodem, který je stejně starý. Při používání správných formulí se mineralizace kostí a tělesné složení dítěte více přibližuje k plodu. Studie ukázaly, že výživa je velmi významná i z hlediska růstu a inteligence dítěte. Při používání formulí pro nedonošené děti se jejich vývoj významně zlepšil (Frühauf Pavel, 2003, s. 50).

2.15.1 Formule pro předčasně narozené děti

Tyto formule byly vytvořeny z důvodu zvýšeného požadavku výživy u nedonošeného dítěte. Největší rozdíl oproti mlékům pro donošené děti je v množství bílkovin, minerálů a kalorií. Množství bílkovin je nastaveno tak, aby se hmotnostní přírůstek dítěte co nejvíce podobal plodu. Umělá mléka pro nedonošené děti se doporučuje dítěti podávat až do doby, kdy dosáhne hmotnosti 3000g, poté se může přejít na formule pro donošené děti (Frühauf Pavel, 2003, s. 56 - 57). Mléka pro NNPH se skladbou velmi podobají MM obohaceným fortifikací. Je to velmi výhodné pro dítě. Může tak přijímat ve stejném množství mléka daleko více kalorií (Peychl Ivan, 2005, s. 54).

2.15.2 Bílkoviny, tuky, cukry ve formulích pro NNPH

Mléka, která obsahují bílkovinu s velkým množstvím kaseinu nejsou vhodná pro nedonošené děti. Stejně tak mléka založená na bázi sóji, protože využití a vstřebání cukrů, minerálů a bílkovin nebyla nikdy tak dobře dokumentována jako u přípravků z kravského mléka. Sójové přípravky také nebyly nikdy vytvořeny pro speciální požadavky nedonošených dětí. Tuky ve formulích pro novorozence s nízkou porodní hmotností jsou připraveny tak, aby docházelo k nejlépe vyhovujícímu vstřebávání. Poměr mezi laktózou a glukózou u formulí pro nedonošené děti je přibližně 1 : 1, což je nejlepší poměr pro nedonošené děti tak, aby nepoškozoval minerální vstřebávání (Frühauf Pavel, 2003, s. 50 - 51).

2.15.3 Minerály ve formulích pro NNPH

Nedonošené děti a hlavně děti vážící po porodu méně než 1500g vylučují v průběhu prvních dvou týdnů života velké množství sodíku. Proto jsou ohroženy hyponatrémií při užívání formulí mléka pro donošené děti, je-li to jejich jediný příjem sodíku. Speciální formu-

le pro malé nedonošené děti nabízejí dítěti 2,5 - 3,5 mmol/kg za den. V průběhu posledního trimestru získává plod od matky velké množství vápníku, hořčíku a fosforu. Novorozenec narozený předčasně proto potřebuje zvýšené množství těchto prvků, které najde pouze ve formulích jemu určených. Nedonošení novorozenci, kteří jsou kojeni, by měli dostávat určité dávky železa, ale děti na umělé stravě dostávají železo v dostatečném množství ve fortifikované formuli (Frühauf Pavel, 2003, s. 51 - 52).

2.15.4 Stopové prvky ve formulích pro NNPH

Zinek je plodu předáván od matky v poslední třetině těhotenství. Po porodu, pokud je dítě kojené, je nutné zinek doplňovat. Když je dítě na umělé stravě, formule pro donošené i nedonošené děti tento požadavek dostatečně kryjí. Měď může chybět dětem, které jsou živeny kravským mlékem nebo dětem, které jsou dlouhodobě živeny parenterální výživou bez jejího obsahu (Frühauf Pavel, 2003, s. 52 - 53).

2.15.5 Vitamíny ve formulích u NNPH

Vyšší příjem vitamínů je zajištěn pro nedonošené děti ve formulích pro předčasně narozené děti. V ostatních formulích není pro NNPH dostatečné množství vitamínů. Nedonošený novorozenec má vyšší nároky na vitamíny rozpustné ve vodě než donošený novorozenec. Toto je způsobeno vyšším požadavkem příjmu bílkovin a menší zásobou spojenou s kratší dobou těhotenství. U dětí na MM se dostatečného množství vitamínů dosáhne fortifikací MM nebo podáváním multivitaminových přípravků (Frühauf Pavel, 2003, s. 54).

2.15.6 Příprava umělého mléka

Pro přípravu umělého mléka je nutné dodržovat určité zásady. Před každou přípravou mléka je nutné omýt si ruce. Pomůcky pro krmení i přípravu mléka se musí udržovat v čistotě a sterilizovat po dobu pěti minut varem. Mléko se chystá pomocí návodu. Voda i prášek se odměřují odměrkou. Používáme kojeneckou vodu a převařujeme ji. Není vhodné vodu převařovat několikrát. Nikdy se ohřáté a nevypité mléko neschovává, ale vylívá. Při přípravě většího množství mléka se může mléko uschovat v ledničce na další krmení. Mléko je doporučeno ohřívat ohříváčkou nebo ve vodní lázni. Nikoli v mikrovlnné troubě, ta neo-
hřívá mléko rovnoměrně a dítě se může popálit (Cabrnichová Hana, Josef Švejcar a kol., 2009, s. 154).

2.16 Parenterální výživa

Parenterální výživa znamená přísun dostatečného množství živin venózní cestou, tak aby byl co nejideálnější stav výživy. Musíme mít na paměti, že PV je zásah nefyziologický. Vždy, jakmile to situace dovolí, se dítě převádí na výživu enterální (Borek Ivo, 1997, s. 170).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce se zabýváme dotazníkovým šetřením, které má zjistit informovanost matek nedonošených dětí ohledně kojení. Toto dotazníkové šetření bylo anonymní a probíhalo převážně v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně od února do dubna 2013. Dotazník byl vyvěšen i na internetových stránkách, kde se zapojila jedna čtvrtina matek (20 dotazníků).

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost byla 65 dotazníků a z toho byly 3 vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění.

Součástí praktické části bylo zjišťování, zda matky nedonošených dětí své dítě při odchodu z nemocnice kojí plně, částečně (s příkrmem), nebo zda jsou na umělé stravě. Tento průzkum byl prováděn v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně za rok 2012.

Výsledkem bakalářské práce je informativní leták pro matky nedonošených dětí, který byl rozdán v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na novorozeneckých odděleních.

3.1 Stanovené cíle

Cíl 1 : Zjistit informovanost matek nedonošených dětí ohledně kojení.

Cíl 2 : Zjistit v jakém rozsahu kojí matky nedonošené děti při odchodu z nemocnice.

Cíl 3 : Zpracovat informativní leták o kojení nedonošených dětí.

3.2 Dotazníkové šetření

Dotazník se skládá z 20 otázek, respondentky odpovídaly formou otevřených i uzavřených odpovědí. Úvodní otázky jsou identifikační, kde se zjišťuje, kde a v kolika letech žena rodila, kolikáté to bylo těhotenství a porod. Následující dvě otázky jsou směřovány na to, kdy se dítě narodilo a kolik gramů vážilo. V otázce číslo 7 nás zajímalo, kde našla žena nejvíce informací ohledně kojení nedonošených dětí a v otázce číslo 8, zda ženu o tomto informovali v nemocnici. V otázkách 9 a 10 se zaměřujeme na to, kdy se dítě začalo přikládat k prsu, a kdy začalo sát. Otázky 11 - 13 zjišťují, zda personál nemocnic ženám ukázal nejvhodnější polohy při krmení nedonošených dětí, poskytl jim možnost si tyto polohy vyzkoušet a informoval je i o jiných způsobech výživy jejich dítěte. Otázky 14 - 16 jsou směřovány na informovanost žen před porodem ohledně kojení předčasně narozených dětí a u otázek číslo 17 a 18 zjišťujeme informovanost žen ohledně odstříkávání a uchovávání MM. V 19. otázce jsou ženy dotazovány, zda byly spokojeny s informovaností, která jim

byla poskytnuta ohledně kojení jejich předčasně narozeného dítěte a ve 20. otázce, zda by si přály tyto informace mít zpracovány v podobě letáků.

3.2.1 Výsledky výzkumu

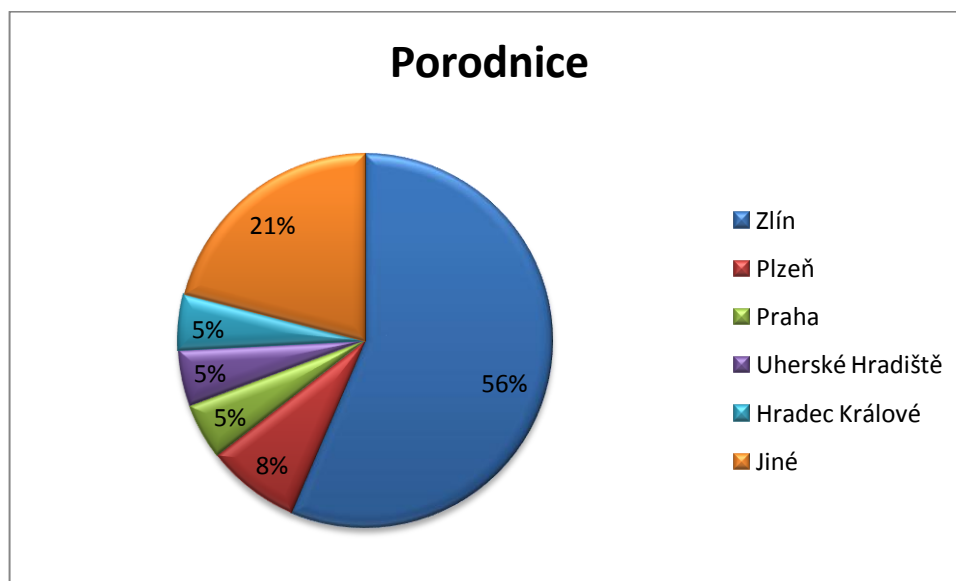
Otázka č. 1 : V jaké porodnici jste rodila?

Tabulka 1: Porodnice

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlín	35	56%
Plzeň	5	8%
Praha	3	5%
Uherské Hradiště	3	5%
Hradec Králové	3	5%
Jiné	13	21%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 1: Porodnice



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) rodilo 35 (56%) ve Zlíně. V Plzni rodilo 5 (8%) respondentek. V Praze rodilo (5%) respondentek, což jsou 3 ženy. V Uherském Hradišti 3 (5%) a v Hradci Králové také rodilo 3 (5%) žen. Jiné zahrnuje města: Brno, Kladno, Nové město na Moravě, Olomouc, Ostrava, Písek, Šumperk, Ústí nad Labem, Valašské Meziříčí a Vsetín, kde rodila vždy jedna nebo dvě ženy.

Otázka č. 2 : Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věk respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
21 - 25 let	13	21%
26 - 30 let	25	40%
31 - 35 let	11	18%
36 - 40 let	12	19%
41 a více let	1	2%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 2: Věk respondentek



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) bylo věkové rozmezí 21 – 25 let 13 (21%) respondentek, věková skupina 26 – 30 let byla zastoupena 25 (40%) dotazovaných, ve věkové skupině 31 – 35 let bylo 11 (18%) respondentek, věková skupina 36 – 40 let byla zastoupena 12 (19%) respondentek a ve věku 41 let a více byla 1 (2%) dotazovaná.

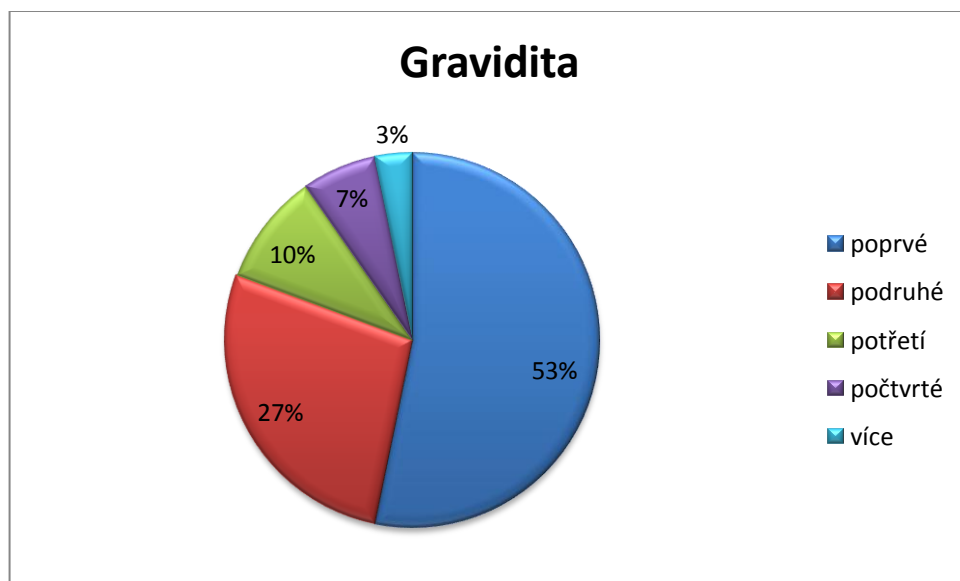
Otázka č. 3 : Po kolikáté jste byla těhotná?

Tabulka 3: Gravidita

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	33	53%
Podruhé	17	27%
Potřetí	6	10%
Počtvrté	4	7%
Více	2	3%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 3: Gravidita



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) bylo poprvé těhotných 33 (53%). Podruhé těhotných bylo 17 (27%) respondentek, potřetí 6 (10%), počtvrté 4 (7%) a víckrát těhotných byly 2 (3%) žen.

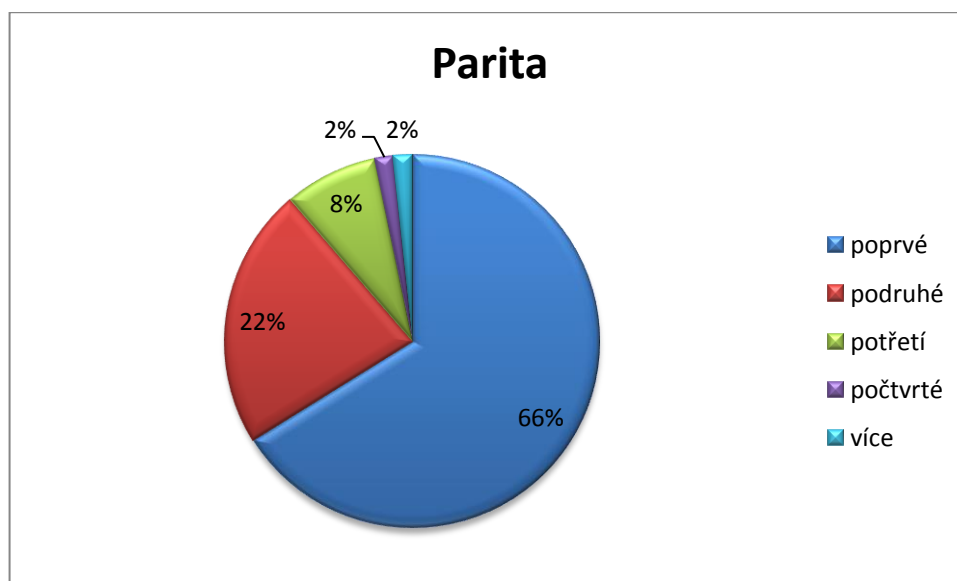
Otázka č. 4 : Po kolikáté jste rodila?

Tabulka 4: Parita

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	41	66%
Podruhé	14	22%
Potřetí	5	8%
Počtvrté	1	2%
Více	1	2%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 4: Parita



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) rodilo poprvé 41 (66%). Podruhé rodilo 14 (22%) respondentek, potřetí 5 (8%) žen, počtvrté 1 (2%) žen a víckrát rodila 1 (1%) žen.

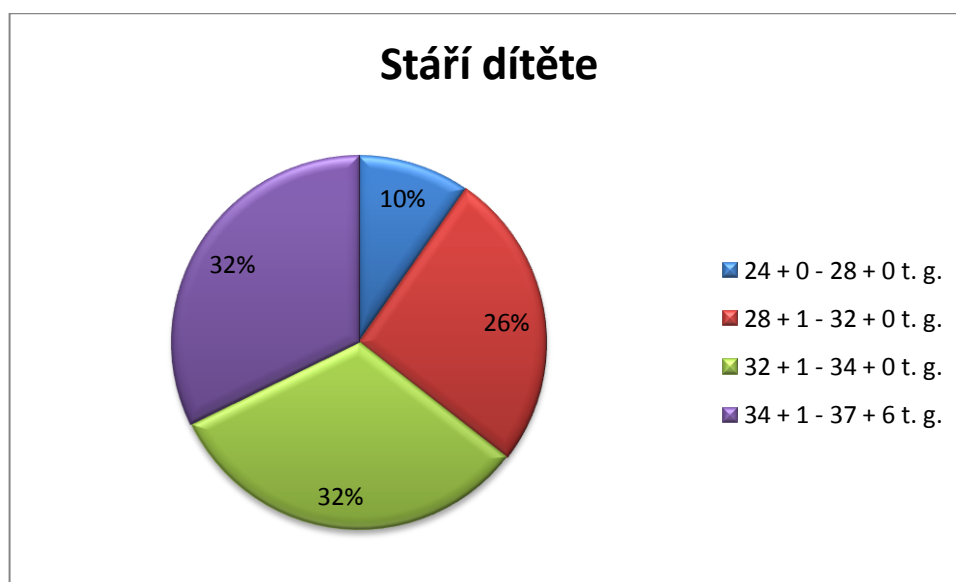
Otázka č. 5 : V kolikátém týdnu se narodilo Vaše dítě?

Tabulka 5: Stáří dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
24 + 0 - 28 + 0 t. g.	6	10%
28 + 1 - 32 + 0 t. g.	16	26%
32 + 1 - 34 + 0 t. g.	20	32%
34 + 1 - 37 + 6 t. g.	20	32%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 5: Stáří dítěte



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) porodilo své dítě v kategorii 24 + 0 - 28 + 0 t. g. 6 (10%) respondentek. V kategorii 28 + 1 – 32 + 0 t. g. 16 (26%) dotazovaných, v kategorii 32 + 1 – 34 + 0 t. g. 20 (32%) dotazovaných a v kategorii 34 + 1 - 37 + 6 t. g. 20 (32%) dotazovaných.

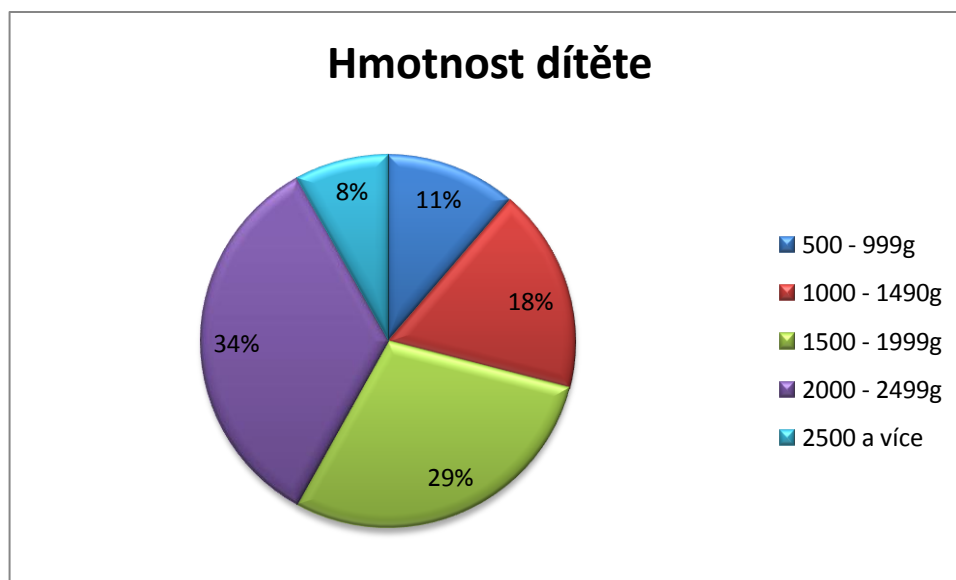
Otázka č. 6 : Kolik vážilo Vaše dítě po porodu?

Tabulka 6: Hmotnost dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
500 - 999g	7	11%
1000 - 1490g	11	18%
1500 - 1999g	18	29%
2000 - 2499g	21	34%
2500 a více	5	8%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 6: Hmotnost dítěte



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 7 (11%), že jejich dítě po porodu vážilo 500g – 999g, 1000g – 1490g vážilo 11 (18%) dětí respondentek, 1500g – 1990g vážilo 18 (29%) dětí respondentek, 2000g – 2499g vážilo 21 (34%) dětí respondentek a 2500g a více vážilo 5 (8%) dětí respondentek.

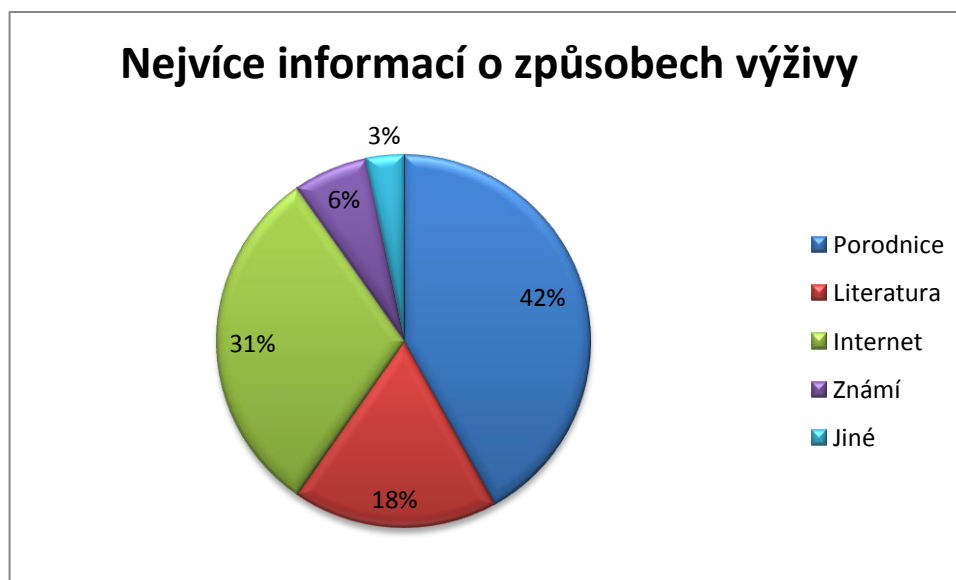
Otázka č. 7 : Kde jste našla nejvíce informací o způsobech výživy Vašeho dítěte?

Tabulka 7: Nejvíce informací o způsobech výživy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Porodnice	26	42%
Literatura	11	18%
Internet	19	31%
Známí	4	6%
Jiné	2	3%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 7: Nejvíce informací o způsobech výživy



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 26 (42%), že nejvíce informací získaly právě v porodnici. 11 (18%) respondentek odpovědělo, že nejvíce informací získaly z literatury. Internet uvedlo jako hlavní zdroj informací 19 (31%) respondentek. Kategorii známí zvolilo 4 (6%) respondentek a kategorii jiné 2 (3%) respondentek, kde uvedly pediatra a terénní porodní asistentku.

Otázka č. 8 : Informovali Vás v porodnici o zvláštnostech kojení nedonošených dětí?

Tabulka 8: Informovanost z porodnic

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	81%
Ne	12	19%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 8: Informovanost porodnic



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 50 (81%), že byly informovány o zvláštnostech kojení nedonošených dětí a 12 (19%) odpovědělo, že informovány nebyly.

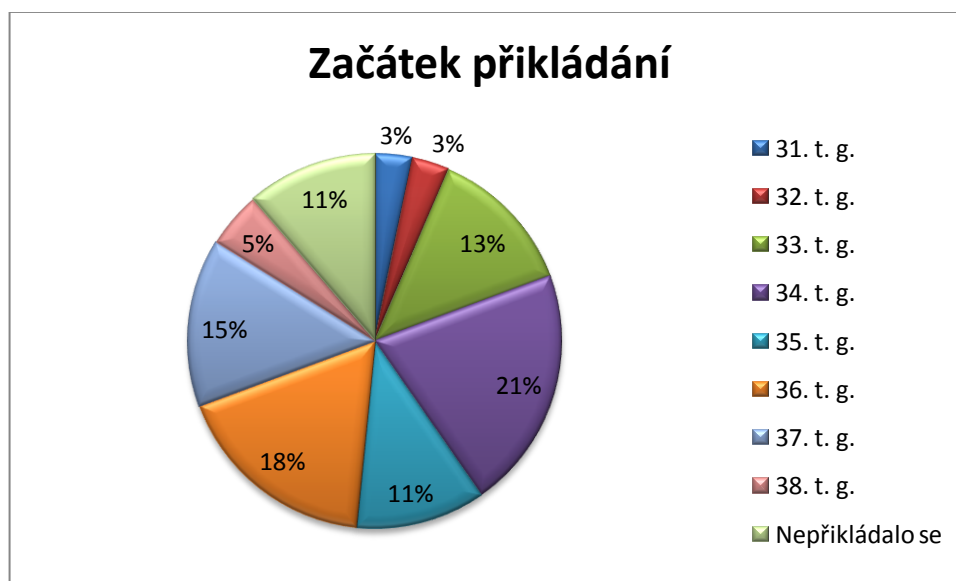
Otázka č. 9 : V kolikátém týdnu jste začala přikládat dítě k prsu?

Tabulka 9: Začátek přikládání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
31. t. g.	2	3%
32. t. g.	2	3%
33. t. g.	8	13%
34. t. g.	13	21%
35. t. g.	7	11%
36. t. g.	11	18%
37. t. g.	9	15%
38. t. g.	3	5%
Nepřikládalo se	7	11%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 9: Začátek přikládání



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpověděla 2 (3%), že se jejich dítě přisálo v 31. t. g. a 2 (3%) žen odpověděla, že v 32. týdnu. 8 (13%) respondentek odpovědělo 33. t. g. a 34. týden odpovědělo 13 (21%) žen. 35. týden gravidity označilo 7 (11%) žen a 36. týden zvolilo 11 (18%) dotazovaných. 9 (15%) odpovědělo, že první přiložení proběhlo ve 37. týdnu a 38. týden gravidity označilo 3 (5%) žen. 7 (11%) odpovědělo, že se jejich dítě vůbec k prsu nepřikládalo.

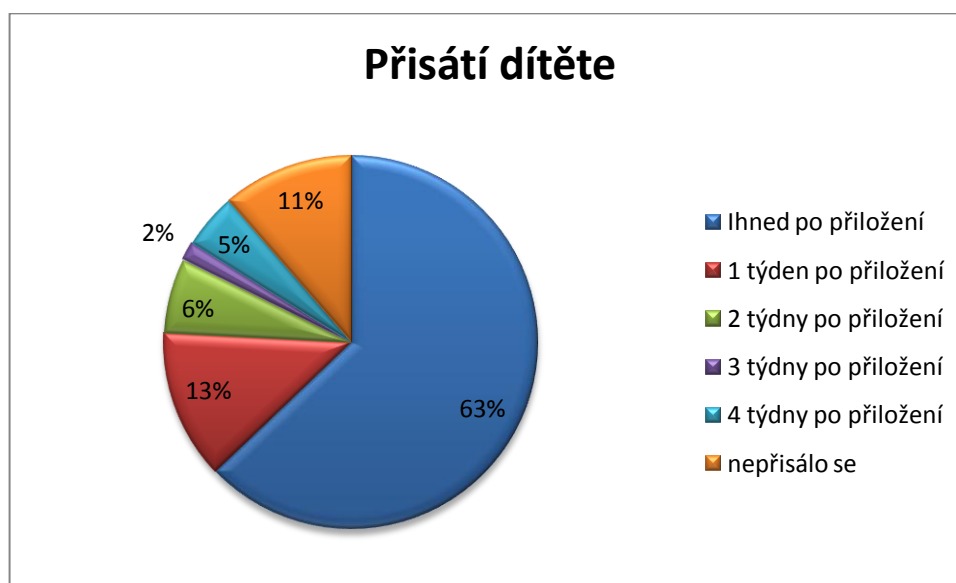
Otázka č. 10 : V kolikátém týdnu se dítě přisálo a začalo sát?

Tabulka 10: Přisátí dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ihned po přiložení	39	63%
1 týden po přiložení	8	13%
2 týdny po přiložení	4	6%
3 týdny po přiložení	1	2%
4 týdny po přiložení	3	5%
nepřisálo se	7	11%
celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 10: Přisátí dítěte



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 39 (63%), že se dítě přisálo ihned po prvním přiložení. 8 (13%) respondentek odpovědělo 1. týden po přiložení, 4 (6%) respondentek odpovědělo 2 týdny po prvním přiložení. 3 týdny po přiložení se přisálo 1 (2%) dětí a 4 týdny po prvním přiložení se přisálo 3 (5%) dětí. Vůbec se nepřisálo 7 (11%) dětí.

Otázka č. 11 : Ukázal Vám zdravotnický personál nejvhodnější polohy při kojení nedonošených dětí?

Tabulka 11: Ukázání nejvhodnějších poloh

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	53	85%
Ne	9	15%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 11: Ukázání nejvhodnějších poloh



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 53 (85%) ano a 9 (15%) odpovědělo, že nejvhodnější polohy pro nedonošené děti jim nebyly ukázány.

Otázka č. 12 : Mohla jste si tyto polohy s dítětem vyzkoušet v porodnici?

Tabulka 12: Zkoušení poloh

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	82%
Ne	11	18%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 12: Zkoušení poloh



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 51 (82%), že si tyto polohy v nemocnici vyzkoušet mohly a 11 (18%) odpovědělo, že ne.

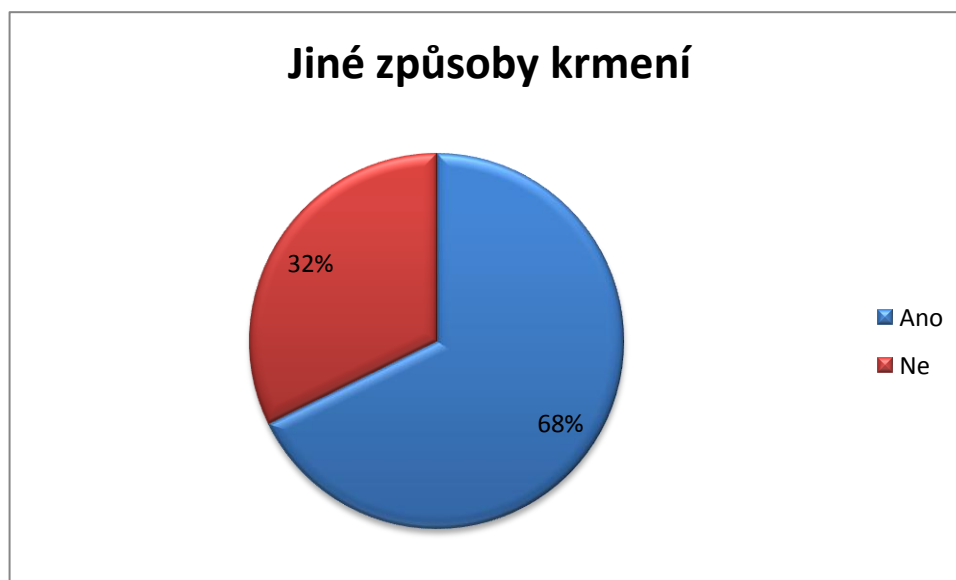
Otázka č. 13 : Seznámil Vás zdravotnický personál i s jinými způsoby krmení nedonošených dětí?

Tabulka 13: Jiné způsoby krmení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	42	68%
Ne	20	32%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 13: Jiné způsoby krmení



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 42 (68%), že je zdravotnický personál seznámil i s jinými způsoby krmení nedonošených dětí a 20 (32%) odpovědělo, že ne.

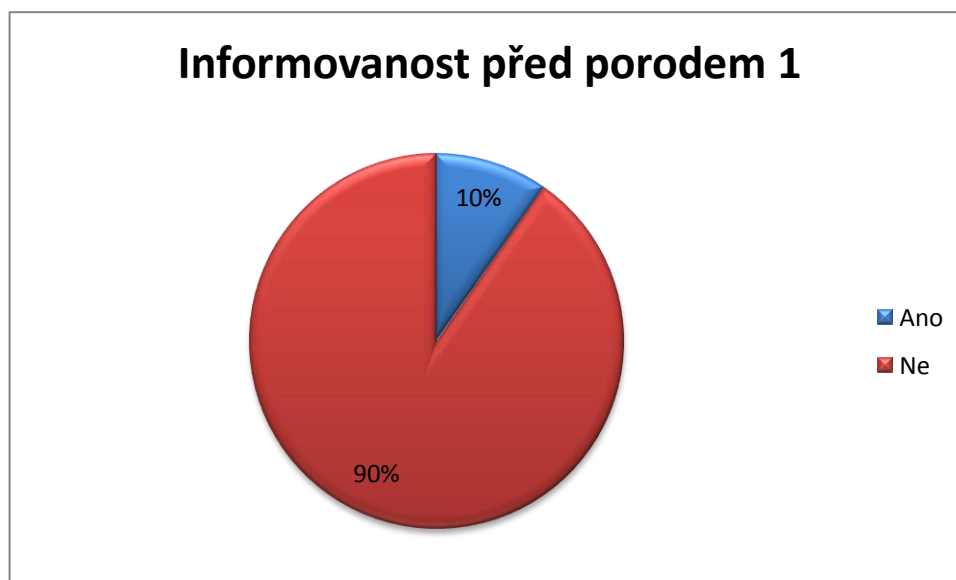
Otázka č. 14 : **Byla jste již před porodem informovaná o zvláštnostech kojení nedonošených dětí?**

Tabulka 14: Informovanost před porodem 1

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	6	10%
Ne	56	90%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 14: Informovanost před porodem 1



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 6 (10%), že byly již před porodem informovány o zvláštnostech kojení nedonošených dětí a 56 (90%) odpovědělo, že informovány nebyly.

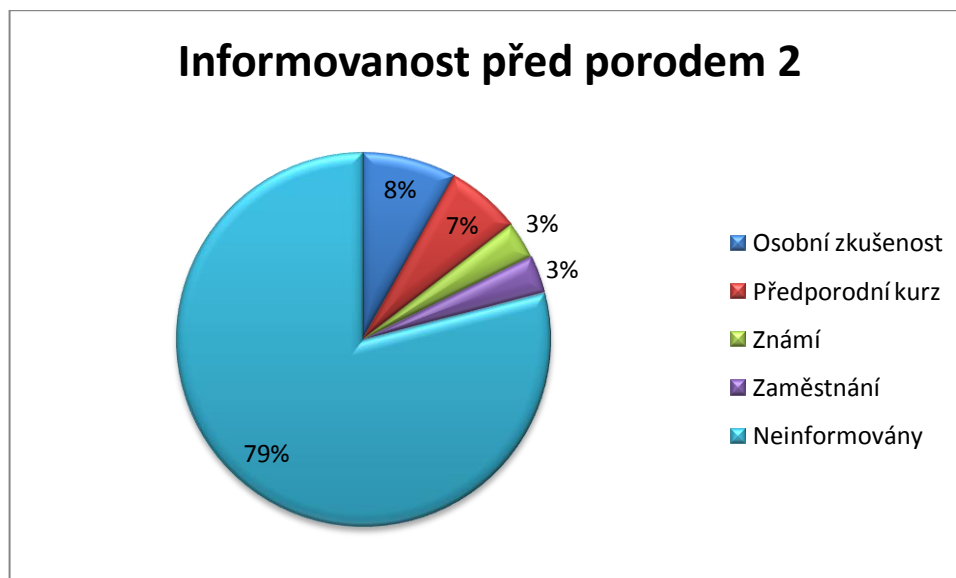
Otázka č. 15 : Pokud jste na otázku č. 14 odpověděla ano, kde a od koho jste byla informována?

Tabulka 15: Informovanost před porodem 2

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Osobní zkušenost	5	8%
Předporodní kurz	4	7%
Známí	2	3%
Zaměstnání	2	3%
Neinformovány	49	79%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 15: Informovanost před porodem 2



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 5 (8%), že informace získaly z osobní zkušenosti při předchozím těhotenství, 4 (7%) respondentek odpovědělo, že informace získaly z předporodních kurzů. 2 (3%) žen odpověděla, že byly informovány od známých a 2 (3%) respondentek své informace získaly ze zaměstnání. 49 (79%) žen nebylo před těhotenstvím informováno o kojení nedonošených dětí vůbec.

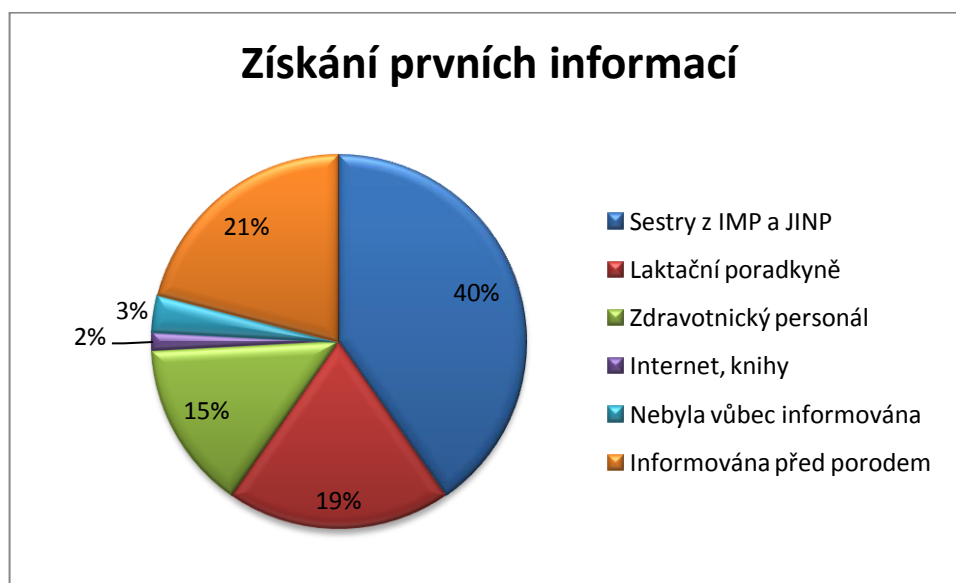
Otázka č. 16 : Pokud jste na otázku č. 14 odpověděla ne, kdy a kým jste byla poprvé informována?

Tabulka 16: Získání prvních informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestry z IMP a JINP	25	40%
Laktační poradkyně	12	19%
Zdravotnický personál	9	15%
Internet, knihy	1	2%
Nebyla vůbec informována	2	3%
Informována před porodem	13	21%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 16: Získání prvních informací



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 25 (40%), že první informace o kojení nedonošených dětí získaly od sester z IMP a JINP oddělení. 12 (19%) respondentek informovala první laktační poradkyně, 9 (15%) respondentek získalo informace od zdravotnického personálu, 1 (2%) respondentek si vyhledala informace na internetu a v knihách, 2 (3%) respondentek nebylo vůbec informováno a 13 (21%) respondentek mělo informace již před porodem.

Otázka č. 17 : Vysvětlil Vám zdravotnický personál, jak správně odstříkávat mateřské mléko?

Tabulka 17: Správné odstříkávání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	90%
Ne	6	10%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 17: Správné odstříkávání



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 56 (90%) ano a 6 (10%) respondentek odpovědělo, že jim nebylo sděleno a vysvětleno správné odstříkávání mateřského mléka.

Otázka č. 18 : Sděлил a vysvětlil Vám zdravotnický personál, jak uchovávat mateřské mléko?

Tabulka 18: Uchovávání mateřského mléka

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	58	94%
Ne	4	6%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 18: Uchovávání mateřského mléka



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 58 (94%), že jim uchovávání mateřského mléka bylo sděleno a vysvětleno a 4 (6%) odpovědělo ne.

Otázka č. 19 : **Byla jste spokojena s informovaností ohledně kojení a krmení Vašeho dítěte?**

Tabulka 19: Spokojenost s informovaností

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	54	87%
Ne	8	13%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 19: Spokojenost s informovaností



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 54 (87%), že jsou spokojené s informovaností a 8 (13%) respondentek není spokojeno s informovaností ohledně kojení a krmení dítěte.

Otázka č. 20 : Uvítala byste informace o kojení nedonošených dětí ve formě informativních letáků?

Tabulka 20: Informativní leták

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	53	85%
Ne	9	15%
Celkem	62	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 20: Informativní leták



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 62 (100%) odpovědělo 53 (85%) ano a 9 (15%) odpovědělo, že by informativní leták neuvítaly.

3.3 Strava nedonošených dětí při odchodu z nemocnice

Zjišťování rozsahu kojení nedonošených dětí při odchodu z nemocnice se konalo od ledna 2012 do prosince 2012. Informace jsme sbíraly z Knihy porodů v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Do průzkumu byly zařazeny všechny předčasně narozené děti narozené ve Zlíně.

3.3.1 Výsledky průzkumu

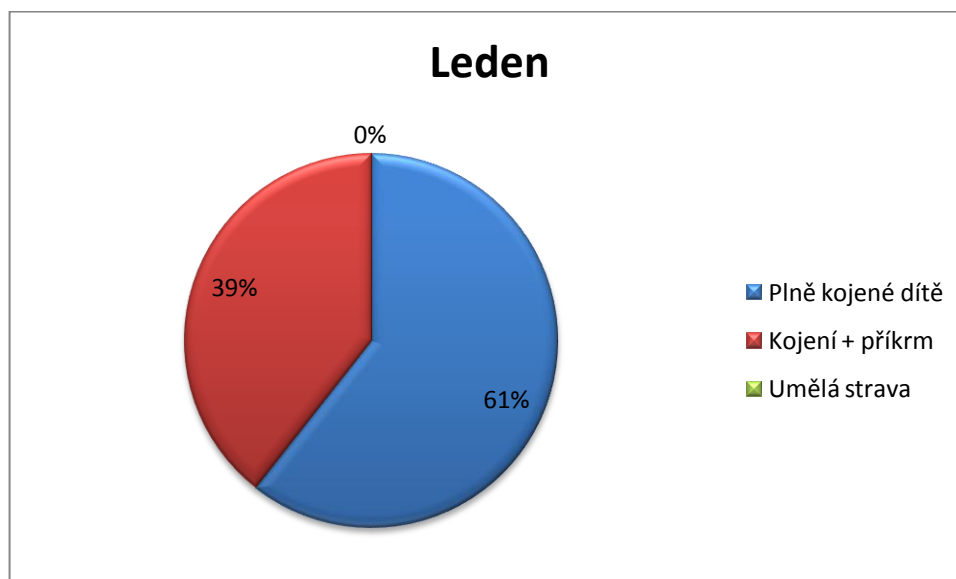
Leden

Tabulka 21: Leden

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	20	61%
Kojení + příkrm	13	39%
Umělá strava	0	0%
Celkem	33	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 21: Leden



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc leden 33 (100%) odcházelo z nemocnice 20 (61%) plně kojených dětí a 13 (39%) dětí odcházelo částečně kojených. Žádné dítě nebylo plně na umělé stravě.

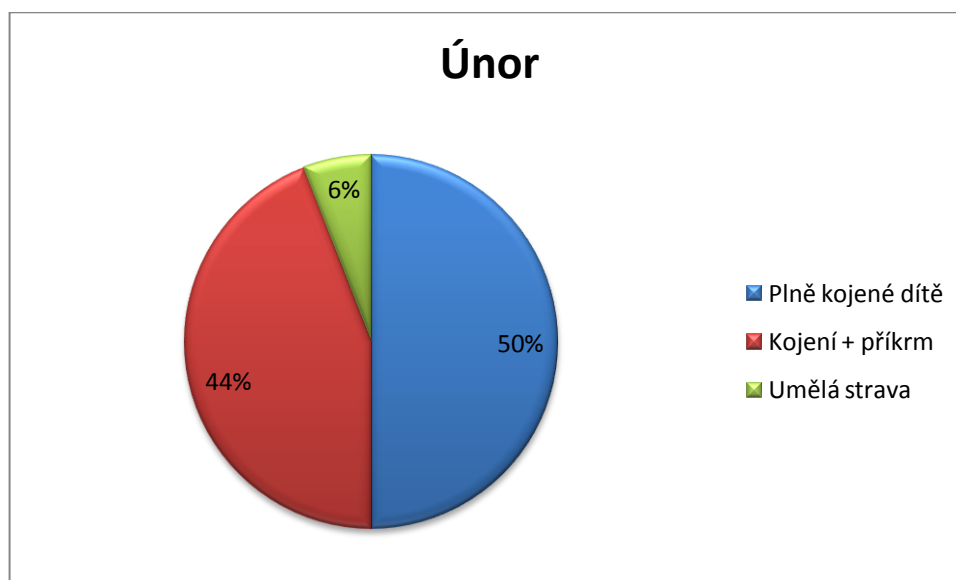
Únor

Tabulka 22: Únor

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	17	50%
Kojení + příkrm	15	44%
Umělá strava	2	6%
Celkem	34	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 22: Únor



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc únor 34 (100%) odcházelo z nemocnice 17 (50%) plně kojených dětí a 15 (44%) dětí odcházelo částečně kojených. 2 (6%) dětí bylo plně na umělé stravě.

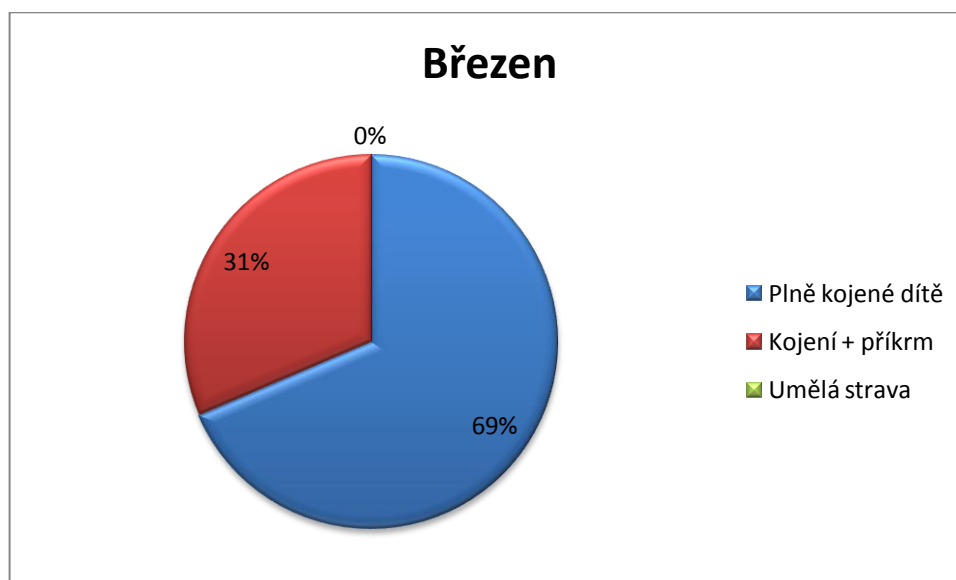
Březen

Tabulka 23: Březen

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	24	69%
Kojení + příkrm	11	31%
Umělá strava	0	0%
Celkem	35	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 23: Březen

*(Zdroj: Vlastní)*

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc březen 35 (100%) odcházelo z nemocnice 24 (69%) plně kojených dětí a 11 (31%) dětí odcházelo částečně kojených. Žádné dítě nebylo plně na umělé stravě.

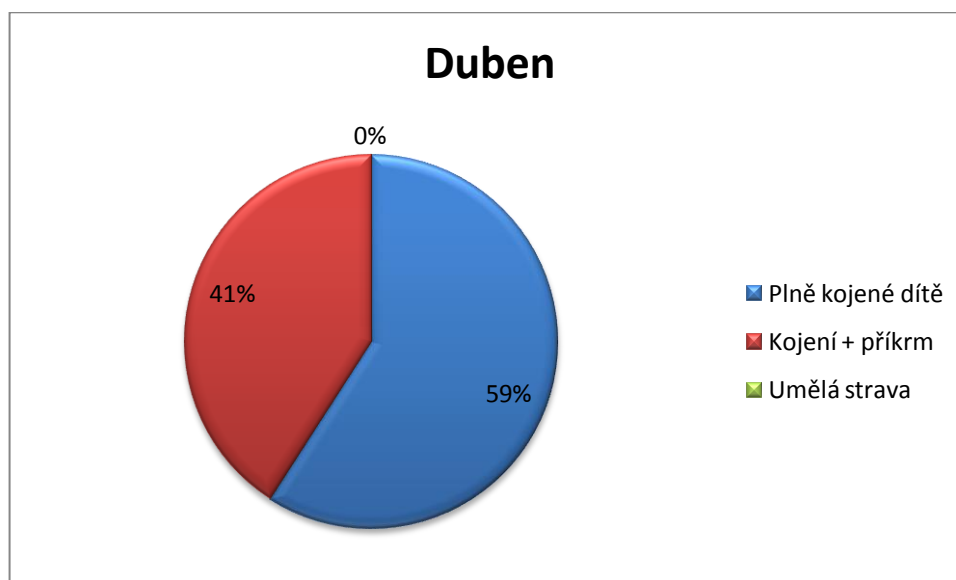
Duben

Tabulka 24: Duben

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	13	59%
Kojení + příkrm	9	41%
Umělá strava	0	0%
Celkem	22	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 24: Duben

*(Zdroj: Vlastní)*

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc duben 22 (100%) odcházelo z nemocnice 13 (59%) plně kojených dětí a 9 (41%) dětí odcházelo částečně kojených. Žádné dítě nebylo plně na umělé stravě.

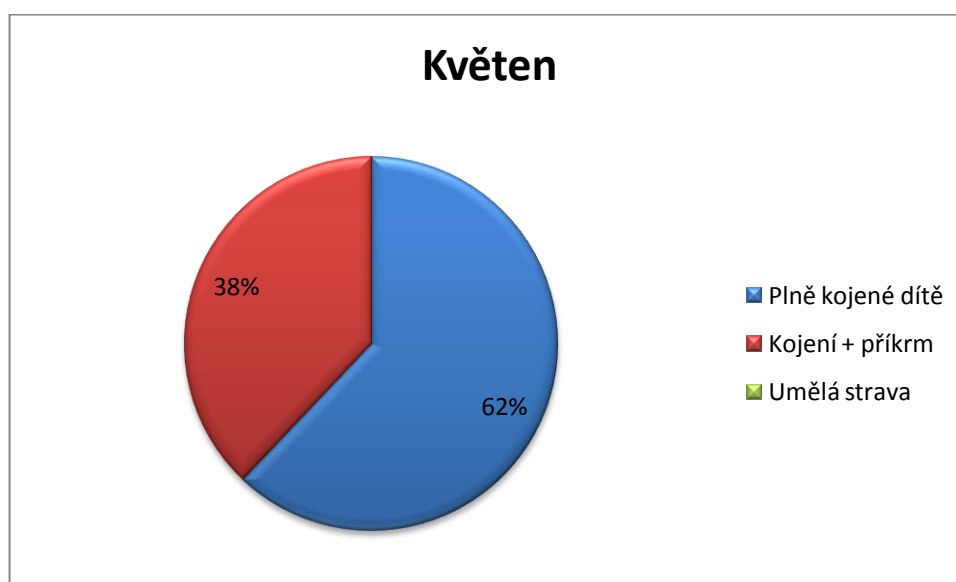
Květen

Tabulka 25: Květen

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	18	62%
Kojení + příkrm	11	38%
Umělá strava	0	0%
Celkem	29	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 25: Květen

*(Zdroj: Vlastní)*

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc květen 29 (100%) odcházelo z nemocnice 18 (62%) plně kojených dětí a 11 (38%) dětí odcházelo částečně kojených. Žádné dítě nebylo plně na umělé stravě.

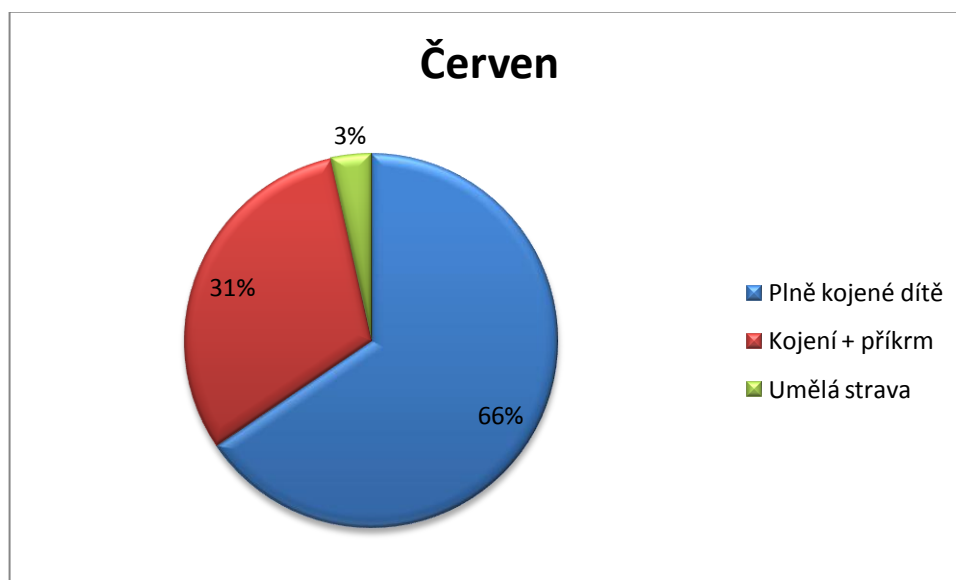
Červen

Tabulka 26: Červen

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	19	66%
Kojení + příkrm	9	31%
Umělá strava	1	3%
Celkem	29	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 26: Červen



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc červen 29 (100%) odcházelo z nemocnice 19 (66%) plně kojených dětí a 9 (31%) dětí odcházelo částečně kojených. 1 (3%) dětí bylo plně na umělé stravě.

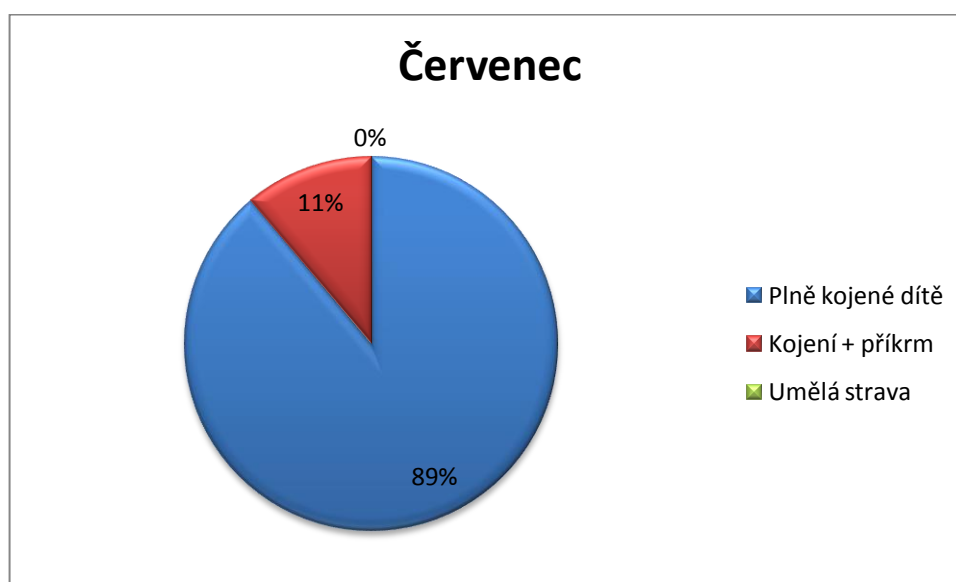
Červenec

Tabulka 27: Červenec

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	32	89%
Kojení + příkrm	4	11%
Umělá strava	0	0%
Celkem	36	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 27: Červenec



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc červenec 36 (100%) odcházelo z nemocnice 32 (89%) plně kojených dětí a 4 (11%) dětí odcházelo částečně kojených. Žádné dítě nebylo plně na umělé stravě.

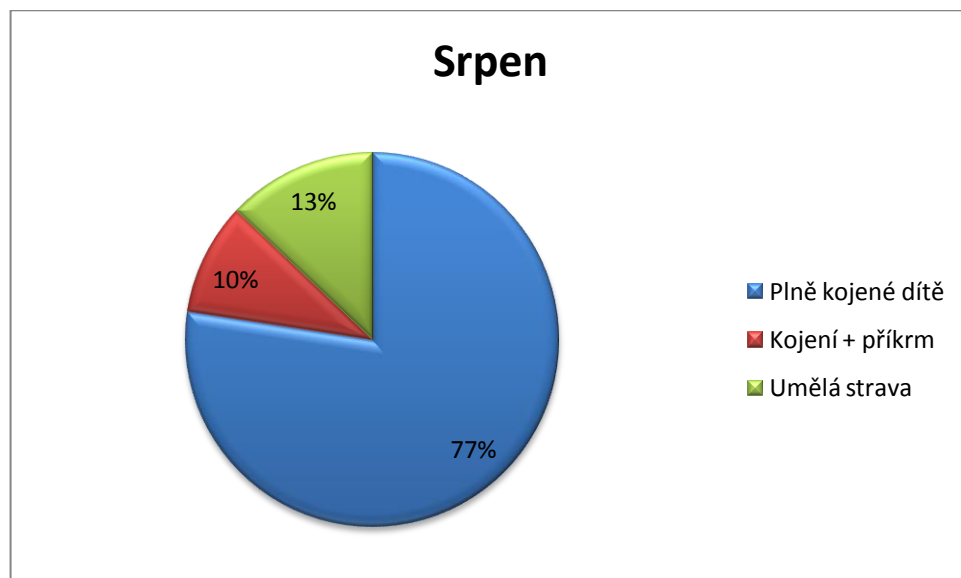
Srpen

Tabulka 28: Srpen

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	24	77%
Kojení + příkrm	3	10%
Umělá strava	4	13%
Celkem	31	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 28: Srpen



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc srpen 31 (100%) odcházelo z nemocnice 24 (77%) plně kojených dětí a 3 (10%) dětí odcházelo částečně kojených. 4 (13%) dětí bylo plně na umělé stravě.

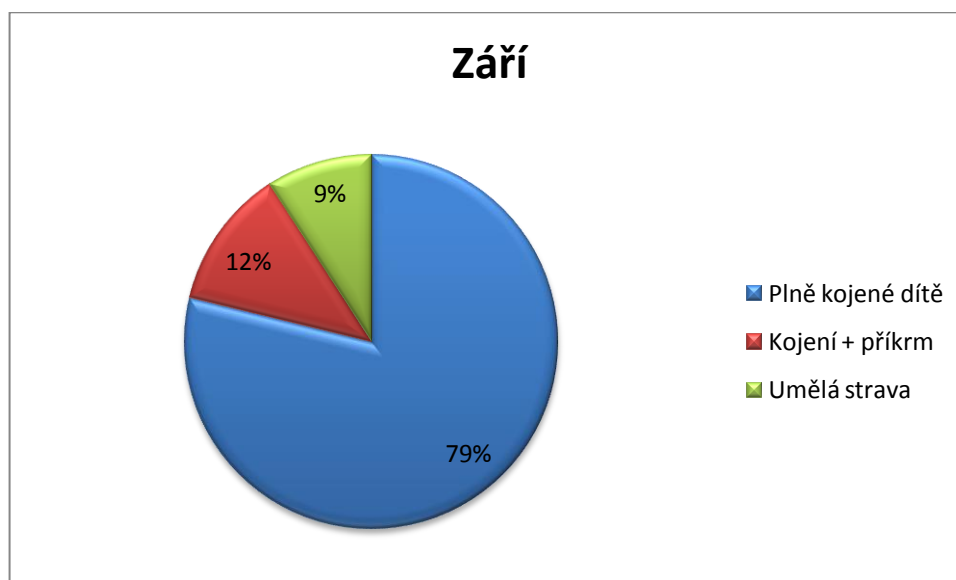
Září

Tabulka 29: Září

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	26	79%
Kojení + příkrm	4	12%
Umělá strava	3	9%
Celkem	33	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 29: Září



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc září 33 (100%) odcházelo z nemocnice 26 (79%) plně kojených dětí a 4 (12%) dětí odcházelo částečně kojených. 3 (9%) dětí bylo plně na umělé stravě.

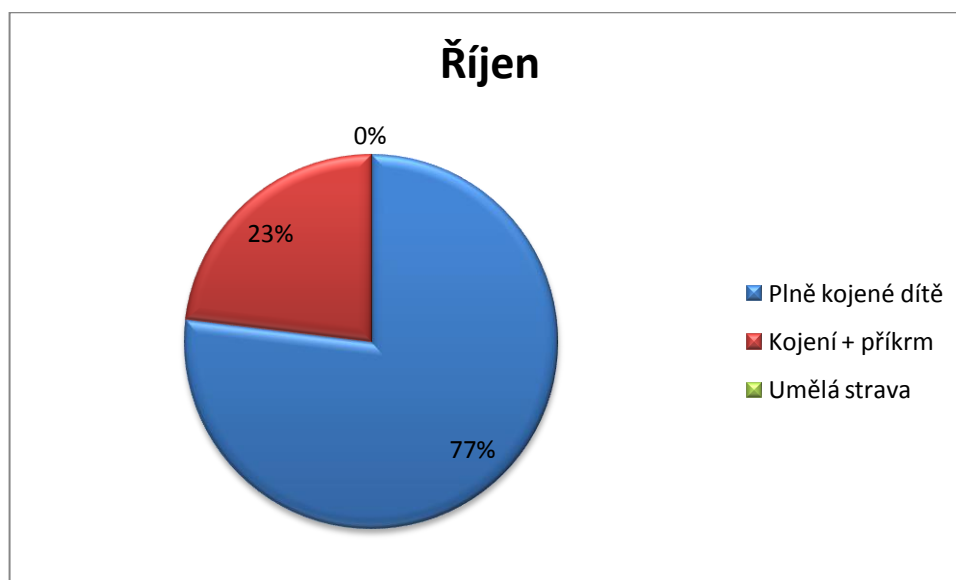
Říjen

Tabulka 30: Říjen

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	20	77%
Kojení + příkrm	6	23%
Umělá strava	0	0%
Celkem	26	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 30: Říjen



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc říjen 26 (100%) odcházelo z nemocnice 20 (77%) plně kojených dětí a 6 (23%) dětí odcházelo částečně kojených. Žádné dítě nebylo plně na umělé stravě.

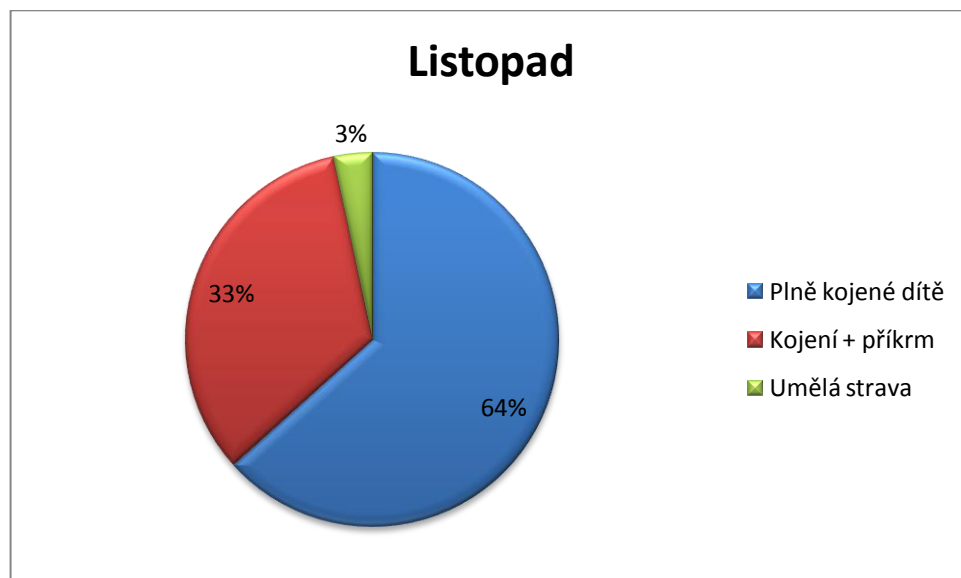
Listopad

Tabulka 31: Listopad

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	19	64%
Kojení + příkrm	10	33%
Umělá strava	1	3%
Celkem	30	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 31: Listopad



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc listopad 30 (100%) odcházelo z nemocnice 19 (64%) plně kojených dětí a 10 (33%) dětí odcházelo částečně kojených. 1 (3%) dětí bylo plně na umělé stravě.

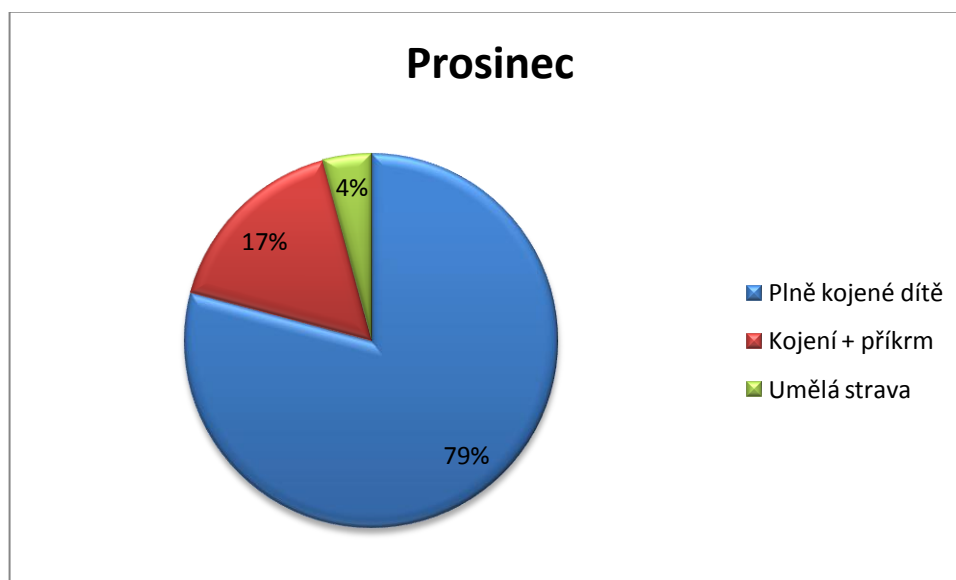
Prosinec

Tabulka 32: Prosinec

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Plně kojené dítě	19	79%
Kojení + příkrm	4	17%
Umělá strava	1	4%
Celkem	24	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 32: Prosinec



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za měsíc prosinec 24 (100%) odcházelo z nemocnice 19 (79%) plně kojených dětí a 4 (17%) dětí odcházelo částečně kojených. 1 (4%) dětí bylo plně na umělé stravě.

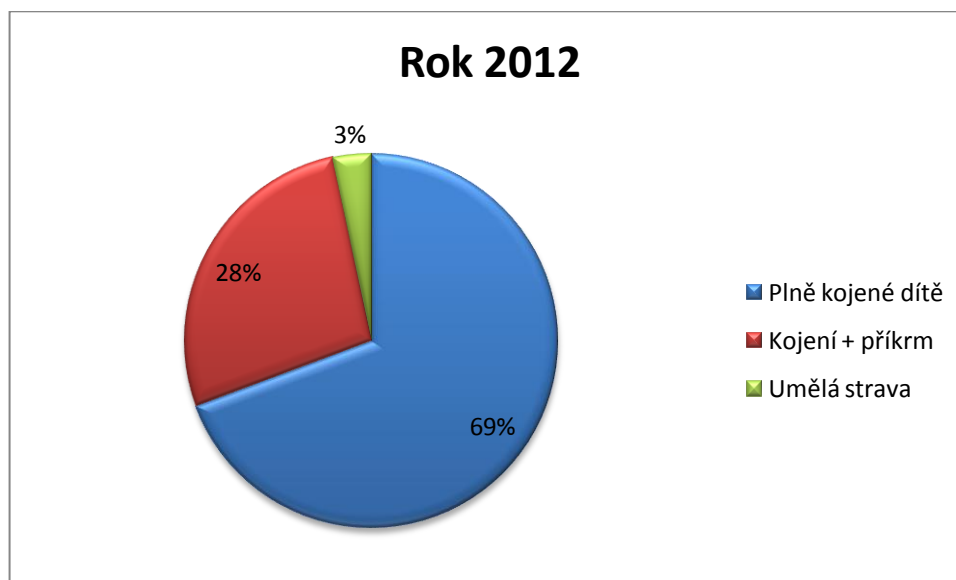
Rok 2012

Tabulka 33: Rok 2012

Druh stravy	Absolutní četnost	Relativné četnost
Plně kojené dítě	251	69%
Kojení + příkrm	99	28%
Umělá strava	12	3%
Celkem	362	100%

(Zdroj: Vlastní)

Graf 33: Rok 2012



(Zdroj: Vlastní)

Komentář:

Z celkového počtu nedonošených dětí za rok 2012 - 362 (100%) odcházelo z nemocnice 251 (69%) plně kojených dětí a 99 (28%) dětí odcházelo částečně kojených. 12 (3%) dětí bylo plně na umělé stravě.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost matek nedonošených dětí ohledně kojení a na tomto podkladě vytvoření informativního letáku o kojení nedonošených (příloha III). Dále zjistit v jakém rozsahu kojí matky své nedonošené děti při odchodu z nemocnice.

Cíl 1 : Zjistit informovanost matek nedonošených dětí ohledně kojení

K dosažení cíle číslo jedna směřovaly otázky v dotazníku, zejména otázky číslo 7, 8 a 14. Další otázky v dotazníku objasňovaly, kdo matky informoval, a do jaké míry jí byly v porodnici od zdravotnického personálu vysvětleny věci s tímto související. 90% matek nebylo před porodem vůbec informováno o zvláštěnostech kojení nedonošených dětí. 81% se tyto informace dozvědělo právě v porodnici a 87% matek s touto informovaností byla spokojena.

Cíl 1 – Splněn

Cíl 2 : Zjistit, v jakém rozsahu kojí matky nedonošené děti při odchodu z nemocnice

K dosažení cíle dva vedlo prozkoumání Knihy porodů. Strava dětí byla rozdělena do tří kategorií – plně kojené dítě, dítě kojené s příkrmem a dítě zcela na umělé stravě. Tyto informace byly zpracovány a rozděleny dle po sobě jdoucích měsíců. Celkem za rok 2012 bylo porozeno 362 (100%) předčasně narozených dětí. Z tohoto počtu odcházelo z porodnice 69% plně kojených dětí, 28% bylo kojeno s příkrmem a 3% dětí byla zcela na umělé stravě.

Cíl 2 – Splněn

Cíl 3 : Zpracovat informativní leták o kojení nedonošených dětí

Otázka, zda si matky nedonošených dětí přejí informativní leták se promítla v dotazníkovém šetření v otázce číslo 20. 85% žen si takto podané informace přeje a 15% ne. Na tomto základě byl zpracován leták, který byl rozdán na novorozeneckých odděleních.

Cíl 3 – Splněn

V této bakalářské práci jsou vysvětleny určité odlišnosti novorozence narozeného v termínu a předčasně narozeného. Zabývá se kojením dětí narozených před termínem porodu, ale i alternativními metodami krmení nedonošeného dítěte a odstříkáváním. Praktická část je zaměřena na informovanost matek, která je tolik důležitá. Žena, která je dostatečně informovaná a má snahu udržet si laktaci, má velkou naději na dosažení plného kojení svého dítěte. Tak s ním může udržovat tolik potřebný tělesný kontakt, posilovat citové pouto a předat mu důležité a jedinečné látky v mateřském mléce obsažené.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] BOREK, Ivo a kol., 1997. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 321 s. ISBN 80-701-3245-0.
- [2.] CABRNOCHOVÁ, Hana, Josef ŠVEJCAR a kol., 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Vyd. 1. Praha: HBT, 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4.
- [3.] ČECH, Evžen a kol., 2006. *Porodnictví*, 2. přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
- [4.] DORT, Jiří, 2004. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 101 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0790-5.
- [5.] FRÜHAUF, Pavel a kol., 2003. *Výživa novorozenců a kojenců současný pohled*. Vyd. 1. Praha: Solen, 80 s. ISBN 80-239-2011-1.
- [6.] GASKINOVÁ, Ina May, 2011. *Průvodce kojením*. Vyd. 1. Praha: Argo, 342 s. ISBN 978-80-257-483-7.
- [7.] GREGORA, Martin, 2005. *Kniha o matce a dítěti*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 230 s. ISBN 80-247-0854-X.
- [8.] GREGORA, Martin a PAULOVÁ Magdalena, 2008. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař 3.*, doplněné a aktualizované vyd., Praha: Grada Publishing, 101 s. ISBN 978-802-4725-642.
- [9.] GREGORA, Martin a PAULOVÁ Magdaléna, 2003. *Výživa kojenců: mamčina kuchařka: výživa kojící matky, potíže při kojení, umělá mléka pro kojence i batolata, receptář nemléčných příkrmů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 102 s. ISBN 80-247-0576-1.
- [10.] HRSTKOVÁ, Hana a kolektiv, 2003. *Výživa kojenců a mladších batolat*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 77 s. ISBN 80-701-3385-6.
- [11.] IBURG, Anne, 2009. *Výživa dětí: kojíme, krmíme, učíme jíst*. Vyd. 1. Praha: Svojtka, 96 s. ISBN 978-80-256-0223-2.
- [12.] LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

- [13.] NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2. dopl. a přeprac. vyd., Praha: Karolinum, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
- [14.] PEYCHL, Ivan, 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Vyd. 1. Praha: Galén, 164 s. ISBN 80-726-2283-8.
- [15.] ROZTOČIL, Aleš, a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- [16.] SCHNEIDROVÁ, Dagmar, 2006. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 131 s. ISBN 80-247-1308-X.
- [17.] WEIGERT, Vivian, 2006. *Všechno o kojení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 159 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-736-7071-2.
- [18.] ZAMARSKÁ, Jana, 2006. *Kojení: praktické rady pro maminky*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 82 s. ISBN 80-251-0772-8.
- [19.] ZWINGER, Antonín, a kol., 2004. *Porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Galén, 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

Elektronické zdroje:

- [20.] BERTINO, Enrico a kol., Benefits of human milk in preterm infant feeding [online]. [2012]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <<http://www.jpnim.com/index.php/jpnim/article/view/010102>>.
- [21.] MYDLILOVÁ, Anna. *Laktační liga: Banky mateřského mléka*. [online]. [2004]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <<http://www.kojeni.cz/banky.php>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS Centrální nervová soustava.

ČR Česká republika.

MM Mateřské mléko.

RDS Respiratory distress syndrome, syndrom dechové tísně

HIV Human immunodeficiency virus, virus lidské imunodeficiencie

NNPH Novorozenec s nízkou porodní hmotností

Cca circa, přibližně

WHO World Health Organization

ELBW Extremely low birth weight infant, extrémně nezralí novorozenci

VLBW Very low birth weight infant, velmi nezralí novorozenci

JINP Jednotka intenzivní péče pro novorozence

PV Parenterální výživa

Atd. A tak dále

Apod. A podobně

Tzv. Takzvaný

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Porodnice</i>	36
<i>Tabulka 2: Věk respondentek</i>	37
<i>Tabulka 3: Gravidita</i>	38
<i>Tabulka 4: Parita</i>	39
<i>Tabulka 5: Stáří dítěte</i>	40
<i>Tabulka 6: Hmotnost dítěte</i>	41
<i>Tabulka 7: Nejvíce informací o způsobech výživy</i>	42
<i>Tabulka 8: Informovanost z porodnic</i>	43
<i>Tabulka 9: Začátek příkládání</i>	44
<i>Tabulka 10: Přisátí dítěte</i>	45
<i>Tabulka 11: Ukázání nejvhodnějších poloh</i>	46
<i>Tabulka 12: Zkoušení poloh</i>	47
<i>Tabulka 13: Jiné způsoby krmení</i>	48
<i>Tabulka 14: Informovanost před porodem 1</i>	49
<i>Tabulka 15: Informovanost před porodem 2</i>	50
<i>Tabulka 16: Získání prvních informací</i>	51
<i>Tabulka 17: Správné odšťikávání</i>	52
<i>Tabulka 18: Uchovávání mateřského mléka</i>	53
<i>Tabulka 19: Spokojenost s informovaností</i>	54
<i>Tabulka 20: Informativní leták</i>	55
<i>Tabulka 21: Leden</i>	57
<i>Tabulka 22: Únor</i>	58
<i>Tabulka 23: Březen</i>	59
<i>Tabulka 24: Duben</i>	60
<i>Tabulka 25: Květen</i>	61
<i>Tabulka 26: Červen</i>	62
<i>Tabulka 27: Červenec</i>	63
<i>Tabulka 28: Srpen</i>	64
<i>Tabulka 29: Září</i>	65
<i>Tabulka 30: Říjen</i>	66
<i>Tabulka 31: Listopad</i>	67
<i>Tabulka 32: Prosinec</i>	68

Tabulka 33: Rok 2012 69

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Porodnice</i>	36
<i>Graf 2: Věk respondentek</i>	37
<i>Graf 3: Gravidita</i>	38
<i>Graf 4: Parita</i>	39
<i>Graf 5: Stáří dítěte</i>	40
<i>Graf 6: Hmotnost dítěte</i>	41
<i>Graf 7: Nejvíce informací o způsobech výživy</i>	42
<i>Graf 8: Informovanost porodnic</i>	43
<i>Graf 9: Začátek příkládání</i>	44
<i>Graf 10: Přísátí dítěte</i>	45
<i>Graf 11: Ukázání nejvhodnějších poloh</i>	46
<i>Graf 12: Zkoušení poloh</i>	47
<i>Graf 13: Jiné způsoby krmení</i>	48
<i>Graf 14: Informovanost před porodem 1</i>	49
<i>Graf 15: Informovanost před porodem 2</i>	50
<i>Graf 16: Získání prvních informací</i>	51
<i>Graf 17: Správné odstříkávání</i>	52
<i>Graf 18: Uchovávání mateřského mléka</i>	53
<i>Graf 19: Spokojenost s informovaností</i>	54
<i>Graf 20: Informativní leták</i>	55
<i>Graf 21: Leden</i>	57
<i>Graf 22: Únor</i>	58
<i>Graf 23: Březen</i>	59
<i>Graf 24: Duben</i>	60
<i>Graf 25: Květen</i>	61
<i>Graf 26: Červen</i>	62
<i>Graf 27: Červenec</i>	63
<i>Graf 28: Srpen</i>	64
<i>Graf 29: Září</i>	65
<i>Graf 30: Říjen</i>	66
<i>Graf 31: Listopad</i>	67
<i>Graf 32: Prosinec</i>	68

Graf 33: Rok 2012..... 69

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I: Vzor dotazníku

PŘÍLOHA II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA III: Informační leták

PŘÍLOHA I: VZOR DOTAZNÍKU

DOTAZNÍK

KOJENÍ NEDONOŠENÝCH NOVOROZENCŮ

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Králová a studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor porodní asistentka. Zpracovávám bakalářskou práci, na téma kojení nedonošených novorozenců. Ráda bych Vás tímto poprosila o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, který se této problematice týká. Vaše odpovědi mi pomohou při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji.

1. V jaké porodnici jste rodila?

a. Zlín

b. Olomouc

c. Jiné

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Po kolikáté jste byla těhotná?

.....

4. Po kolikáté jste rodila?

.....

5. V kolikátém týdnu se narodilo Vaše dítě?

.....

6. Kolik vážilo Vaše dítě po porodu?

.....

7. Kde jste našla nejvíce informací o způsobech výživy Vašeho dítěte?

a. Porodnice

b. literatura

c. Internet

d. Známi

e. Jiné

.....

8. Informovali Vás v porodnici o zvláštnostech kojení nedonošených dětí?

- a. Ano
- b. Ne

9. V kolikátém týdnu jste začala přikládat dítě k prsu?

.....

10. V kolikátém týdnu se dítě přisálo a začalo sát?

.....

11. Ukázal Vám zdravotnický personál nejvhodnější polohy při kojení nedonošených dětí?

- a. Ano
- b. Ne

12. Mohla jste si tyto polohy s dítětem vyzkoušet v porodnici?

- a. Ano
- b. Ne

13. Seznámil Vás zdravotnický personál i s jinými způsoby krmení nedonošených dětí?

- a. Ano
- b. ne

14. Byla jste již před porodem informovaná o zvláštnostech kojení nedonošených dětí?

- a. Ano
- b. Ne

15. Pokud jste na otázku č. 14 odpověděla ano, kde a od koho jste byla informována?

.....
.....

16. Pokud jste na otázku č. 14 odpověděla ne, kdy a kým jste byla poprvé informována?

.....
.....

17. Vysvětlil Vám zdravotnický personál, jak správně odstříkávat mateřské mléko?

- a. Ano
- b. Ne

18. Sděлил a vysvětlil Vám zdravotnický personál, jak uchovávat mateřské mléko?

- a. Ano
- b. Ne


19. Byla jste spokojena s informovaností ohledně kojení a krmení vašeho dítěte?

- a. Ano
- b. Ne

20. Uvítala byste informace o kojení nedonošených dětí ve formě informativních letáků?

- a. Ano
- b. Ne

PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

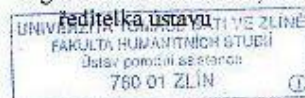
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Jana Králová		
Téma bakalářské práce	Kojení nedonošených novorozenců		
Skupina respondentů	Matky nedonošených dětí		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodí-li se škrtněte)	Podpis	
NOVOROZENECKÉ ODDĚLENÍ	Souhlasím	<input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	Naděžda Kučíková
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 26. 8. 2017

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.



Krajská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín
Naděžda Kučíková
porodnické oddělení

razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA III: INFORMAČNÍ LETÁK

Tekutý zážrak i pro ta nejmenší miminka Mateřské mléko pro předčasně narozené děti

Předčasně narozenými dětmi jsou děti narozené před 37. týdnem těhotenství, s hmotností menší než 2500 g. Děti se u nás zachraňují už od 24. týdne, což je velké rozmezí a podle toho zvládají i různé věci.

Nácvik kojení předčasně narozeného dítěte vyžaduje obrovské množství trpělivosti matky i ošetřujícího personálu. Mnoho matek si nevěří, k tomu ale není důvod. Celosvětově je uváděno, že chce-li žena kojit, je dostatečně informována a má podporu. Kojit může kojit 96% žen.

- 28. – 30. týden gestace (t. g.) - dítě začíná olizovat mléko z prsu
- 32. – 35. t. g. souhra základních reflexů: sání, polykání a dýchání
- 32. – 34. t. g. novorozenci začínají být schopni kojení
- **vždy záleží na stavu matky a dítěte**

Pro kojení je důležitý klid, dostatek spánku a relaxace, pozitivní naladění matky, pohodlná poloha při kojení, radost z každého pokroku dítěte, podpora partnera, rodiny a zdravotníků. Odstranění stresu, jak je to jen trochu možné, může usnadnit tok mateřského mléka.

Výhody kojení pro dítě:

- U kojenech dětí je nižší výskyt infekcí
- Mateřské mléko je lépe stravitelné oproti umělé výživě
- Mateřské mléko představuje mnohem menší zátěž pro ledviny nedonošeného novorozence oproti mléku umělému
- Mateřské mléko chrání před průjmami
- U kojeneho dítěte je nižší riziko cukrovky, alergie, obezity, anémie
- U dítěte se lépe vyvíjí duševní schopnosti
- Dítě má silnější kosti v dospělosti a stáří

Vhodné polohy pro nedonošené děti

- vzpřímená (vertikální poloha)
- boční poloha (fotbalová)
- poloha tanečnicka (Dancerova)

Odstříkávání

- Vhodné je začít odstříkávat co nejdříve po porodu, a to do 6ti hodin, pokud je to možné, v závislosti na zdravotním stavu ženy
- Zpočátku žena odsťkává jen několik kapek, ty jsou však pro nedonošené dítě velmi důležité
- Během 5. – 6. dne se laktace rozbíhá

Problematici kojení Vám pomůže objasnit zdravotnický personál, zvláště pak laktiční poradkyně. Dále pak pro podrobné informace můžete navštívit internetové stránky:

www.kojeni.cz, www.nedokhubko.cz, www.mamita.cz

