

# PŘÍČINY PŘERUŠENÍ LAKTACE

Bakalářská práce

VĚRA BRZÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s

PRAHA 5

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

Stupeň kvalifikace:       Bakalář  
Studijní obor:            Porodní asistentka  
Datum odevzdání práce: 2009-03-31  
Datum obhajoby:

Praha 2009

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Věra Brzáková

## **ABSTRAKT**

BRZÁKOVÁ, Věra. Příčiny přerušení laktace. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Bakalář v porodní asistenci.

Školitel: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

Hlavním tématem bakalářské práce jsou příčiny přerušení laktace ženy po porodu. Teoretická část práce charakterizuje anatomii a fyziologii prsní žlázy, laktaci a faktory, které kojení narušují. Porodní asistentka se nestará pouze o ženu při porodu, ale i o ženu v období šestinedělí, do kterého kojení bezvýhradně patří. Nosnou částí práce je popis nejčastějších problémů, se kterými se musí kojící žena nejčastěji vypořádat a které způsobí, že žena laktaci přeruší nebo do šesti měsíců života dítěte začne přikrmovat. Současně pak tato práce poučí jak laktaci v těchto těžkých chvílích udržet a podpořit.

Ke splnění cílů a potvrzení hypotéz jsme použili analýzu internetových blogů a dvě kazuistiky žen, co prodělaly těžký porod a měly problémy s laktací. Zjistili jsme, že nejčastější problémy s laktací jsou špatná technika kojení, nedostatek mléka a špatná psychika ženy. Dále že ženy nejčastěji přeruší laktaci mezi prvním a třetím měsícem života dítěte a že na kojení má negativní vliv nedostatek času a pozornosti zdravotnického personálu.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Laktace. Kojení. Šestinedělka. Porodní asistentka. Prsní žláza.

## **SUMMARY**

BRZÁKOVÁ, Věra. The causes of lactation interruption.

The main theme of this article is to find causes of lactation interruption. The theoretical part is focused on anatomy and physiology of mammary gland, lactation and factors that affect lactation. This article describes the most common problems a lactating woman has to cope with, problems that make her stop breastfeeding her child and switch to artificial milk. We also describe how to protect and support lactation.

To confirm our hypothesis we analysed internet blogs and discussions and we present two case reports on women overcoming their problems. We found that incorrect technique of feeding, insufficient milk production and mental state are the most common problems. Most women stop breastfeeding 1 to 3 months after delivery. Insufficient education affects the lactation negatively.

## PŘEDMLUVA

Zdraví nastávající generace je prioritou každé společnosti. Laktace se považuje za jeden z hlavních faktorů jak ho v časném dětském období dosáhnout a udržet. Výhody kojení pro matku i pro dítě nalezneme ve velkém množství publikací, i přesto některé ženy ukončují svou laktaci předčasně.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na zjištění důvodů, proč ženy přestávají kojit, i když je výhoda kojení dostatečně dokázána. Považujeme za důležité zjistit nejčastější příčiny předčasného přerušení laktace a nezbytnou edukací tak do budoucna tyto příčiny omezit.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvováním klinické praxe na odděleních šestinedělí v Praze. Podklady pro práci jsme čerpali z knižních, časopiseckých i internetových zdrojů.

Práce je určena studentkám porodní asistence, ale podnětné informace v ní mohou najít i všeobecné sestry a porodní asistentky z praxe, které se již péčí o matky a děti na oddělení šestinedělí či neonatologickém oddělení věnují.

Touto cestou vyslovuji poděkování především doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu při tvorbě a vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a sourozencům za podporu, kterou mi za dobu mého života i studia neustále poskytovali.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSNÍ ŽLÁZY.....	10
1.1 Mléčná žláza.....	10
1.2 Vývoj ženského prsu.....	12
1.3 Fyziologie kojení.....	12
2 KOJENÍ.....	14
2.1 Tvorba mléka.....	14
2.2 Polohy při kojení.....	17
2.3 Správná technika kojení.....	18
2.4 Přínos kojení pro matku.....	20
2.5 Přínosy kojení pro dítě.....	20
2.6 Překážky při kojení.....	22
2.7 Kojení bez těhotenství.....	23
2.8 Výživa kojící matky.....	23
3 FAKTORY NARUŠUJÍCÍ KOJENÍ.....	25
3.1 Bolestivá prsa.....	25
3.2 Retence mléka.....	25
3.3 Bolestivé bradavky.....	25
3.4 Přeplněná prsa.....	26
3.5 Zánět mléčné žlázy.....	27
3.6 Kvasinkové onemocnění.....	27
II EMPIRICKÁ ČÁST.....	28
4 METODIKA VÝZKUMU.....	28
4.1 Problém, cíle, hypotézy.....	28
4.2 Výzkumné metody.....	28

4.3 Výzkumný vzorek.....	29
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	30
5.1 Analýza internetových blogů.....	30
5.2 Kazuistika ženy s překonanými potížemi při kojení.....	34
5.3 Kazuistika ženy s nepřekonanými potížemi při kojení.....	38
5.4 Interpretace a diskuze .....	43
ZÁVĚR.....	46
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ.....	47
SEZNAM PŘÍLOH.....	50

# ÚVOD

V současné době je všeobecně znám význam kojení. Pro novorozence a později i pro kojence je to jediný fyziologický způsob získávání potravy. Existují sice umělé náhrady mateřského mléka, svou kvalitou však nikdy nemohou konkurovat kvalitě mléka mateřského, které dostává dítě od své biologické matky rovnou z prsu. U kojených dětí je snižené riziko vzniku některých onemocnění, jako jsou například některá autoimunitní onemocnění, astma, obezita, alergie, zánětlivá onemocnění žaludku a střev infekčního i jiného původu. I u žen, které kojí, se statisticky snižuje riziko vzniku některých onemocnění. Mezi tato onemocnění patří karcinom prsu, osteoporóza nebo karcinomy endometria a vaječníků. Hormony prolaktin a oxytocin, které se matce vyplavují při kojení, dále způsobují, že žena cítí při laktaci psychickou pohodu a má tak větší pocit zvládnutí péče o své dítě. Tato fakta společně se zkušeností s prací sestry na oddělení neonatologie a šestinedělí mě vedly k sepsání této práce.

Velká většina žen po porodu potřebuje odbornou pomoc s kojením a příkládáním. Spousta žen pak přeruší laktaci předčasně, na základě nezvládnuté techniky kojení, příkládání a neznalostí základních postupů, navzdory velkému množství výhod, které kojení přináší. Je důležité zabývat se otázkou, co ženy vede k předčasnému přerušování laktace. Jaké problémy jsou při kojení nejčastější a následně se zaměřit na dostatečnou edukaci. Ta je v tomto směru nesmírně důležitá a pro správné postupy při laktaci nezbytná.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zaměřuje na anatomii a fyziologii prsní žlázy a na její vývoj v průběhu života ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem a klimakteriem, kdy dochází k involuci. Dále se v první kapitole zabývá působením hormonů při kojení. Přes tyto fyziologické základy se dostáváme k další kapitole, která nám již blíže osvětlí laktaci.

Do této kapitoly jsme začlenili popsání jednotlivých fází laktogeneze, kdy k ní dochází a za jakých podmínek. Zmíníme zde i slabý a silný vypuzovací reflex mléka. Poté se v této kapitole zabýváme ideálními polohami při kojení (poloha vsedě, poloha vleže na boku, poloha tanečnicka, vertikální vzpřímená poloha, boční fotbalové držení, poloha vleže na zádech, kojení v polosedě s podloženýma nohama a kojení více dětí najednou). Hovoříme i o rozdílné vhodnosti určitých poloh například



pro nedonošené děti, ženy po císařském řezu a ženy s velkými prsy. Zmíníme i správnou techniku kojení, přínos kojení pro matku, pro dítě, překážky v kojení, kojení bez těhotenství a vhodnou výživu kojící matky.

V následující kapitole se budeme zabývat už jednotlivými problémy při kojení (bolestivá prsa, retence mléka, bolestivé bradavky, přeplněná prsa, zánět mléčné žlázy a kvasinkových onemocnění), jejich vznikem a pomocí při těchto obtížích.

Přecházíme k empirické části, kde jsou popsány metody a techniky našeho výzkumu, stanovené cíle, hypotézy práce a popsáný výzkumný vzorek. Ke sběru informací o problémech při kojení jsme použili obsahovou analýzu internetových zdrojů. Tato metoda nám dobře posloužila ke zjištění nejčastěji vzniklých potíží, které kojící ženy mají. Posloužila nám také ke zjištění, kdy ženy nejčastěji svou laktaci přerušily. Další výzkumnou metodou byly kazuistiky žen s překonanými a nepřekonanými problémy při kojení a následným dokrmováním a předčasným přerušáním laktace.

Analyzovali jsme údaje 50 respondentek z internetových zdrojů. Zjištěné údaje prezentujeme v tabulkách a grafech. Cílem bylo zjistit, v jakém období žena nejčastěji laktaci přeruší, nejčastější problémy při kojení a pocity žen při problémech s kojením.

# I TEORETICKÁ ČÁST

„Není lepší investice pro kteroukoli společnost, než dávat mléko do miminek.“

(Winston Churchill)

## 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSNÍ ŽLÁZY

„*Mléčná žláza (glandula mammae) je největší párovou kožní apokrinní žlázou.*“ (Elišková, Naňka, 2006, s. 307). U ženy se vyklene vyvinutá mléčná žláza pod kůží na přední stěně hrudníku a vytváří tak podklad ženského prsu. V horní části mléčné lišty se její zárodky objevují již ve fetálním období bez ohledu na pohlaví. V některých případech se mohou objevit, vedle typicky uloženého páru mléčných žláz, mléčné žlázy, které jsou nadpočetné, nebo se kdekoliv v průběhu mléčných lišt mohou objevit rudimentární prsní dvorce s papilami. Mužům zůstává po celý život mléčná žláza zakrnělá, zatímco u dívek v období puberty dochází k silnému rozvoji mléčné žlázy vlivem ovariálních hormonů. Celý prs se poté nápadně vyklene a stává se z něho výrazný sekundární pohlavní znak (Zwinger et al., 2004; Elišková, Naňka, 2006).

### 1.1 Mléčná žláza

Uložení plně vyvinutého ženského prsu je od sternu ve výši 3. až 6., příp. 2. až 5. žebra na přední stěně hrudníku laterálně. Oba prsy odděluje ve střední rovině hrudníku vertikálně orientovaná prohlubeň. V různých obdobích života ženy se tvar prsu mění. A to s věkem a v souvislosti s počtem porodů, těhotenství a kojených dětí.

Prsy dle tvaru rozlišujeme:

- prs plochý (před pubertou)
- prs polokulovitý
- prs hruškovitý (ve fertilním období)
- prs svislý
- prs ochablý (po přechodu)

Po klimakteriu vždy dochází k involuci mléčné žlázy a tudíž i celého prsu. Velikost prsu závisí na celé řadě okolností. Na prvním místě stojí konstituční typ a výživa ženy. Literatura udává, že prs dospělé ženy měří vertikálně v průměru 11 cm a horizontálně kolem 12 cm. Váha průměrného prsu ženy, která nebyla nikdy těhotná, se pohybuje kolem 150 g, v době těhotenství a především v době kojení se jeho průměrná váha zvyšuje až na 500 g (výjimečně až na 900 g). Asymetrie velikosti prsů je zcela běžným jevem.

Kůže na prsu je velice jemná, na jeho vrcholu je kůže modifikovaná v podobě kruhového dvorce (areola) o průměru kolem 4 cm (v těhotenství se průměr dvorce zvětšuje až na 7 cm). Uprostřed dvorce je usazena prsní bradavka. Kůže dvorce a papily je více či méně pigmentovaná, množství pigmentu se v těhotenství zvyšuje a dvorec výrazně tmavne. V kůži dvorce se také nacházejí drobné hrbolky, které jsou podmíněny uložením malých apokrinních žláz. Tyto žlázy svou stavbou odpovídají rudimentární mléčné žláze. V kůži prsního dvorce jsou uloženy i mazové žlázy. Jejich sekret chrání kůži dvorce před účinky slin krmeného dítěte. Zabraňují maceraci dvorce. Okolí prsního dvorce někdy může mít žena porostlé drobnými jemnými chloupky.

Prsní bradavka má na svém vrcholu rozbrázděný povrch, kde vyústíuje 15 až 20 mlékovodů (ductus lactiferi). U mléčné žlázy, která je nezměněna hormony v těhotenství, jsou tato vyústění pouhým okem jen těžce postřehnutelná. V době těhotenství a kojení se však rozšiřují a stávají se již lépe patrnými.

Prsní bradavka je z pravidla lehce nad úrovní prsního dvorce či je s ním v rovině. Při mechanickém podráždění, v chladu a při pohlavním vzrušení se stává rigidní a vyvyšuje se nad okolí. Bradavka i dvorec prsní jsou tedy erektilní. To způsobí asi 2 milimetry silná vrstva hladké svaloviny. Její kruhovitě uspořádaná vlákna způsobí vyzdvižení papily. Radiální vlákna této svaloviny pak zmenšují průměr prsního dvorce. Erekcce prsní bradavky a dvorce má pak velký význam při kojení.

Na průřezu prsem pak můžeme pozorovat dvě odlišné stavební složky, a to vlastní mléčnou žlázu a tukovou tkáň. Tuková tkáň prsu je individuálně různě rozvinutá, je silná 0,5 až 1 cm. U žen, které kojily, se v této tukové vrstvě může objevit dutina - retromamární burza. Další vrstva tukové tkáně kryje corpus mammae z přední strany (premamární tuk). Vyrovňuje nerovnosti na corpus mammae a zakulacuje prs. Premamární tuková vrstva není vytvořena v oblasti pod areola mammae. Velikost prsu

neovlivňuje velikost vlastní mléčné žlázy, ale právě množství zde uložené tukové tkáně.

Glandula mammaria je největší kožní žláza lidského organismu. (Příloha 1).

*„Žláza dospělé ženy se skládá z 15 – 20 laloků oddělených vzájemně vazivovými septy. Septa obsahují tuk a probíhají zde cévy a nervy“* (Elišková, Naňka, 2006, s. 309). Je to párový orgán. Mléčná žláza je tubuloalveolární žlázou. Alveolární část se rozvíjí až během těhotenství. Začne se rozvíjet už od 2. měsíce gravidity, kdy se rozšiřují vývody mlékovodů. Největší rozvoj sekrece je zaznamenán na konci těhotenství a během laktace. Z každého jednoho laloku, který představuje funkčně samostatnou žlázu, vystupuje jeden mlékovod (Zwinger et al., 2004; Elišková, Naňka, 2006).

## 1.2 Vývoj ženského prsu

*„Embryonální vývoj je stejný u obou pohlaví, vytváří se z párového pruhu ztlustělého epitelu mléčné lišty. Ta směřuje z axily na ventrolaterální stranu trupu a končí na straně pod tříselným ohbím. Postupně zaniká a zachovává se pouze v hrudním úseku. U novorozenců je žláza rudimentární a u mužů tak zůstává celý život“* (Elišková, Naňka, 2006, s. 308). V období puberty se u dívky vyklene prsní dvorec s bradavkou nad úroveň okolní kůže. Pak se začne vyklenovat také okolní kůže, čímž vzniká prs. Bradavka a dvorec jsou konicky vyvýšeny. V poslední fázi růstu prsu se dvorec dostává i s bradavkou do roviny s okolní kůží, což odpovídá dospělému stavu. Způsobí to růst žlázových alveolů, vývodů a ukládání tukové tkáně. Mléčná žláza pak svůj rozvoj pozastaví a úplně se dovyvine až v těhotenství a v době kojení. V těhotenství má na rozvoj alveolů mléčné žlázy největší vliv progesteron, prolaktin a hormony předního laloku hypofýzy. Prolaktin má také vliv těsně před porodem a během porodu na tvorbu mleziva (kolostrum), které se po dvou až třech dnech po porodu mění na mateřské mléko. (Elišková, Naňka, 2006; Zwinger et al., 2004).

## 1.3 Fyziologie kojení

Human placental lactogen (HPL, lidský placentární laktogen) - od osmého týdne těhotenství se vytváří velké množství tohoto hormonu v placentě. Hormon hraje roli při růstu prsu, prsního dvorce a bradavky před porodem. Prsní žlázy jsou na vytváření

mléka připraveny okolo 24. týdne těhotenství. Laktaci je možné rovněž vyvolat uměle.

Od třináctého týdne gravidity ženský organismus produkuje hormony, které podněcují růst systému mléčných kanálků v prsech. Progesteron ovlivňuje růst laloků žlázy a jejich alveolů. Hladiny estrogenů a progesteronu prudce klesají po porodu, což vyvolá tvorbu kolostra (mleziva).

Ke zvýšenému růstu alveolů během těhotenství přispívá prolaktin. (Příloha č. 2).

Oxytocin způsobuje stahy hladké svaloviny dělohy během porodu a v období po něm. Po porodu stahuje i hladkou svalovinu alveolů prsní žlázy, čímž způsobí vypuzení nově vytvořeného mléka do mléčných kanálků. Hormon oxytocin je také nezbytný pro vypuzovací reflex (ejekce mléka při sání).

Uvolnění oxytocinu při kojení působí i na dělohu. Oxytocin způsobuje stahy dělohy, která se po porodu zavinuje do své původní velikosti. Kojící matky mohou tyto stahy během kojení vnímat jako bolestivé. Mohou se podobat porodním stahům, či pouze menstruačním bolestem. Po porodu druhého nebo dalšího dítěte jsou ženou vnímány jako silnější než při předchozím šestinedělí. (Příloha č. 3)

Růst mléčných kanálků stimulují estrogeny. Hladina estrogenů po porodu klesá a zůstává nízká po dobu prvních asi sedmi měsíců kojení. Doporučuje se proto, aby kojící ženy užívaly progesteronovou hormonální antikoncepci (např. Cerazette). V případě, že by žena užívala nevhodnou antikoncepci obsahující estrogen, zvýšená hladina tohoto hormonu v krvi by mohla způsobit omezení tvorby mléka (Zwinger et al., 2004).

## 2 KOJENÍ

Produkce, vylučování a tvorba mléka se nazývá laktace. Když dítě saje, hormon oxytocin vypuzuje mléko z alveolů (sklípků) mléčné žlázy do mlékovodů za prsním dvorcem a dále dítěti do úst. Kojenci a novorozenci mají sací reflex, který jim umožňuje živit se mlékem přímo z mléčné žlázy matky. *„Název >sací< je pro tento reflex správný jen zčásti. Pohybem dolní čelisti se sice vytváří v ústech negativní tlak, ale stejně důležitý je i pohyb jazyka, který vytlačuje mléko do úst, posunuje je ke vchodu do hltanu, kde se spouští polykací reflex“* (Zwinger et al., 2004, s. 161). Existují důkazy o tom, že až na vzácné výjimky je mateřské mléko tím nejlepším a nejvyváženějším zdrojem potravy pro lidské novorozence. Mezi odborníky dosud není shoda o tom, jak velké riziko představuje používání náhrad mateřského mléka. *„Výlučné kojení do 6 měsíců a kojení s příkrmem do 2 let života dítěte a déle je dnes považováno za ideální výživu kojence“* (Zwinger et al., 2004, s. 161).

Dítě může přijímat mateřské mléko od vlastní matky nebo od jiné ženy v laktaci. Mateřské mléko může být odstříkáváno a podáváno dítěti z lahve. Taktéž je možné používat pasterizované mléko od dárkyň z mléčné banky. Pro děti matek, které nechtějí nebo nemohou své děti kojit, jsou k dispozici náhradní mléka. Ačkoliv jsou velmi odlišné výsledky studií o tom, jaká je relativní hodnota náhrad mateřského mléka, používání těchto náhrad je všeobecně považováno za méně hodnotné než kojení, a to jak pro normálně narozené, tak i pro nedonošené děti. V mnoha zemích je krmení náhradní kojeneckou výživou spojeno se zvýšenou úmrtností kojenců na průjmová onemocnění. Ovšem pokud jsou dodržovány veškeré hygienické zásady a používá se nezávadná voda je krmení náhradním mlékem považováno za přijatelné. Vlády i mezinárodní organizace (např. WHO) přijímají různé strategie na podporu kojení (Jirásek et al. 2005)

### 2.1 Tvorba mléka

Mléčná žláza vstupuje na konci těhotenství do první fáze laktogeneze. V této fázi produkuje kolostrum (mlezivo), hustou, někdy nažloutlou tekutinu. Většinu produkce

mléka ještě inhibují vysoké hladiny progesteronu. Fakt, že mléčná žláza někdy produkuje kolostrum už před porodem, Žádnou roli z medicínského hlediska nehraje.

Porod placenty způsobí náhlý pokles hladin estrogenů, HPL a progesteronu, zatímco hladina prolaktinu zůstává vysoká i nadále. Toto náhlé snížení hladiny progesteronu ve spojení s vysokou hladinou prolaktinu stimuluje bohatou produkci a tvorbu mléka ve druhé fázi laktogeneze. Po první stimulaci prsu (nejlépe ještě na porodním sále bezprostředně po porodu) se hladina prolaktinu v krvi zvýší (s vrcholem po cca 45 minutách) a během asi 180 minut se opět vrátí do stavu před započítím kojení. Tento vzestup hladiny prolaktinu spustí v alveolech tvorbu mléka. Do mléka se prolaktin také vylučuje. I jiné hormony se rovněž zapojují do tohoto procesu – tyroxin, kortizon a inzulin. Jejich úloha při kojení však není úplně jasná. Nicméně biochemické ukazatele naznačují, že druhá fáze laktogeneze začíná asi 30–40 hodin po porodu plodu. Matky obvykle začínají mít pocit plnosti prsů až kolem 3 dne po porodu. Při porodu císařským řezem i o 2 dny později.

Mlezivo neboli kolostrum je první mléko, které dostává kojené dítě. Obsahuje větší množství protilátek a bílých krvinek než zralé mléko. Zejména je to velké množství imunoglobulinu A (IgA), který pokrývá dítěti sliznici nevyzrálého tenkého střeva, a tak pomáhá dítě chránit před průnikem mikroorganismů do jeho organismu. Sekreční IgA také zřejmě napomáhá předcházet vzniku potravinových alergií. Ve zralé mléko se kolostrum mění po dvou týdnech od porodu.

V těhotenství a prvních dnech po porodu je tvorba mléka řízena systémem endokrinních hormonů (vylučovaných do krve). Jakmile je tvorba mléka pevněji nastolena, začíná se uplatňovat řízení autokrinní (hormony působící v místě své tvorby). To je třetí fáze laktogeneze. V této třetí fázi platí pravidlo, že čím více je mléka z prsu odebíráno tím více se v něm mléka tvoří. Výzkumy taktéž naznačují, že úplnější vyprázdnění prsu tvorbu mléka výrazně podporuje. Jeho tvorba je tedy silně závislá na tom, jak dobře je dítě schopno odebírat mléko z prsu a jak často se krmí. Faktory zapříčiňující nízkou tvorbu mléka:

- nedostatečný příjem kalorií nebo malnutrice u matky
- nedostatečně vyvinutá prsní tkáň
- nedostatečná frekvencí kojení nebo odstříkávání
- endokrinní porucha u matky

- neschopností dítěte sát efektivně mléko z prsu (např. při rozštěpu rtu a patra)
- porucha metabolismu nebo trávení u dítěte

Přikládání dítěte alespoň jednou za každé 2–3 hodiny pomáhá udržení tvorby mléka. Jeho tvorbu v prvních měsících laktace a dále průběhu dalších čtyř měsíců zajistí odběr mléka minimálně 8x za 24 hodin. Průměrný počet kojení je 10–12 za 24 hodin, ale není nic neobvyklého ani kojení častější.

Kojení dítěte na vyžádání (on demand), které může být i mnohem častější, než je doporučované minimum, je nejlepším možným způsobem, jak udržet sekreci mléka a zajistit, aby potřeba mléka byla u dítěte uspokojena. Nicméně je důležité umět rozpoznat, kdy má dítě skutečně hlad, protože příliš časté přikládání může vést k tomu, že dítě dostává neúměrně vysoké množství „předního“ mléka a málo „zadního“ mléka, což někdy vede ke vzniku potíží.

K ejekci mléka dochází uvolněním oxytocinu (příloha č.4). Oxytocin způsobí stahování hladké svaloviny okolo mléčné žlázy, čímž dochází k vypuzení mléka. Kojící ženy popisují své pocity při tomto ději různě. Některé cítí značný tlak, jiné cítí lehké brnění nebo tlumenou bolest. Jiné udávají, že necítí nic zvláštního. Reflex není pokaždé stejný, což platí obzvláště ze začátku, kdy se žena kojit teprve učí. I zvuky vydávané jiným dítětem nebo myšlenka na kojení mohou u matky tento reflex vyvolat a způsobit tak nechtěné uvolňování mléka. Taktéž může dojít k tomu, že se mléko uvolňuje z obou prsů současně, i když je dítě kojeno pouze z jednoho. Tyto obtíže obvykle vymizí během dvou týdnů od porodu. Velké problémy s kojením může také vyvolat úzkost matky nebo některé stresové situace. (Zwinger et al., 2004)

**Slabý vypuzovací reflex** - některé matky mají z nejrůznějších důvodů z kojení obavy. Psychika je schopná naše tělo ovlivnit natolik, že problémy vyústí v potlačení reflexu. Známkou dobře fungujícího reflexu je samovolné odkapávání mléka při kojení. Dle odborníků dochází u žen, které měly při nástupu laktace problémy, k útlumu tohoto reflexu kolem druhého až třetího týdne po propuštění porodnice. Někdy se příčina špatného uvolňování mléka nemusí odhalit (Schneidrová, 2006).

O **silném vypuzovacím reflexu** mluvíme tehdy, když se dítě při pití až zalyká, ublinkává po jídle a mimo kojení mléko vytéká samovolně z obou prsů. Při těchto obtížích je důležité zvolit správnou polohu kojení. Doporučuje se kojit v poloze vleže na zádech, nebo ve vzpřímené poloze. Někdy se doporučuje přerušit kojení, jakmile



začne mléko téci a pokračovat v něm po 1-2 minutách, až se proud mléka zpomalí. Také se doporučuje vytvoření tlakové masáže přiložením celé plochy ruky na bradavku po dobu 1 - 2 minut (Schneidrová, 2006).

Zhoršený vypuzovací reflex může být také způsoben odloučením od dítěte, rozpraskanými nebo bolestivými bradavkami, operací prsou v minulosti nebo dřívějším poraněním. Jsou různé metody, jak můžeme tento reflex v případě obtíží obnovit. Zahrnují např. masáž zad nebo prsou, kojení ve známém a příjemném prostředí, zahřívání prsou teplými obklady nebo přímo sprchou (Čech, Hájek, Maršál, 2006).

## 2.2 Polohy při kojení

**Poloha vsedě:** Hlavička kojeného dítěte je položena v ohybu paže matky. Matčino předloktí podpírá záda dítěti. Matka si jednou rukou přidržuje prs a druhou rukou drží stehýnko výše umístěné dolní končetiny dítěte. Spodní ruka dítěte je kolem pasu matky. Chodidla matky podpírá stolička a její loket je podložen ze strany polštářem (Zwinger et al., 2004; Weigert 2006).

**Poloha vleže na boku:** Dítě i matka leží na boku. Matka má polštářem pohodlně podloženou hlavu, aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene. V zádech by měla být prohnuta lehce dozadu. Dítě leží v ohybu její paže po boku matky. Holé tělíčko dítěte je přitisknuté k matčinu holému tělu a obličejem je dítě přivrácené k matce. Matka by se neměla opírat o loket a její horní paže nesmí být zdvižena nad úroveň ramene (Zwinger et al., 2004; Weigert 2006).

**Poloha tanečnicka:** Tato poloha je vhodná pro nedonošené děti, pro děti s nízkou porodní váhou nebo pro ty, které se špatně přisávají. Při této poloze má matka předloktí podepřené polštářem a dítě na něm leží celou svou vahou. Ruka matky podpírá prs na stejné straně. Matka může při kojení libovolně měnit prs, aniž by musela měnit způsob držení dítěte. Při této poloze má matka pod kontrolou i veškeré pohyby hlavy dítěte (Zwinger et al., 2004; Weigert 2006).

**Vertikální, vzpřímená poloha:** Tato poloha je také vhodná pro nedonošené děti. Preferují ji i děti s malou bradou. Levou rukou drží matka levý prs a pravou rukou dítě. Dítě obkročmo sedí na matčině levé dolní končetině a její pravá ruka podpírá hlavu, tělo i krk současně. Při kojení z druhého prsu je vše zrcadlově (Mydlilová, 2007; Weigert

2006).

**Boční držení:** Poloha vhodná pro ženy s velkými prsy, plochými bradavkami a pro ženy po císařském řezu. Matka podpírá ramínka dítěte a zároveň prsty podpírá dítěti hlavičku. To leží na matčině předloktí a nožky dítěte jsou podél matčina boku. Chodidla kojeneho dítěte by se neměla o nic opírat. Předloktí matky je podepřeno polštářem. Tato poloha se také nazývá fotbalová (Mydlilová, 2007; Weigert 2006).

**Poloha vleže na zádech:** Je vhodná pro ženy po císařském řezu. Dá se použít i u dětí, které se špatně přisávají a je doporučovaná jako vhodná poloha při silném ejekčním reflexu. Matka je v poloze na zádech a partner jí přiloží dítě k prsu. Dítě saje proti gravitaci. Matka může dítě přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu (Mydlilová, 2007; Weigert 2006).

**Kojení v polosedě s podloženýma nohama:** Další poloha vhodná u matky po císařském řezu. Používá se nejčastěji u žen 2. - 3. den, kdy se žena již posazuje s podporou polštáře za zády nebo pomocí polohovací postele. Dítě leží matce v ohybu paže nebo na předloktí. Polštář umístěný na břicho matky brání tlaku dítěte na jizvu. Další umístěný pod kolena podpírá dolní končetiny matky a zpříjemňuje tak její polohu (Mydlilová, 2007; Weigert 2006).

**Kojení více dětí najednou:** Dvojičata se doporučuje kojit současně, je-li to možné. To pak napomáhá lepšímu vylučování prolaktinu a zároveň to šetří čas. Každé z dvojčat může preferovat jeden prs před druhým a tím si upraví tvorbu mléka v příslušném prsu dle své vlastní potřeby. Zpočátku může být užitečné prsy mezi dětmi střídat, dokud se neustálí tvorba mléka. Při současném kojení obou dětí lze volit mezi různými polohami jako je např. boční fotbalové držení, kojení vleže, poloha do kříže, paralelní poloha. (Mydlilová, 2007; Weigert 2006).

## 2.3 Správná technika kojení

*„Problémy při kojení nejsou časté, pokud se matka a dítě naučí správné technice kojení od prvního přiložení. Správná režimová opatření v porodnici podporují kojení respektováním znalostí fyziologie tvorby mateřského mléka. Neodborné chování zdravotníků může k selhání laktace přispět. Nedostatečné sebevědomí matek ve vlastní schopnost kojit, pochybnosti o množství a složení mléka podlomí letitou propagací*

*umělé výživy, způsobily, že se odvěkému >umění<, předávanému z generace na generaci, musí matky znovu učit“ (Zwinger et al. 2004, s 447).*

**Ideální držení prsu:** Prs musí žena držet tak, aby se prsty nedotýkala dvorce. Všemi prsty kromě palce musí prs podepřít zesponu tak, aby ruka měla tvar písmena C. Palec by měl být přiložen co nejvýše nad dvorec. Vypnutí kůže na prsou palcem způsobí napřímení bradavky.

**Ideální technika přisátí a sání:** Dítě musí mít hlavičku vždy v úrovni bradavky. Hledací reflex se spustí drážděním úst bradavkou. Správná odezva na tento podnět je, že dítě široce otevřená ústa jako při zívání. Prs se musí nabídnout dítěti tak, aby si mohlo do úst vzít nejen bradavku, ale pokud možno i co největší část dvorce, hlavně pod bradavkou. Nos a brada dítěte se musí vždy dotýkat prsu. Pokud je dítě ve správné poloze může volně dýchat. Dolní ret má dítě ohrnutý ven. Jazyk dítěte přesahuje přes dolní ret a je pod mléčnými jezírky (sinusy). Je pohárkovitě zformovaný a obklopuje bradavku i s dvorcem. Dásněmi dítě stlačuje dvorec, bradavka se pak protahuje k zadní části dutiny ústní. Tlak dásní na dvorec posunuje mléko směrem k bradavce a pohyb jazyka odpředu dozadu posunuje dvorec i s bradavkou na patro dítěte. Mléčné sinusy se vyprazdňují na základě tlaku jazyka na tvrdé patro a vytlačené mléko pak dítě polkne. Označení „sací reflex“ proto není zcela správné. Dítě sice vytváří v ústech negativní podtlak, ale větší část kojení probíhá mechanicky. Tváře dítěte při kojení nemají vpadávat dovnitř a tkáň prsu se před ústy nesmí uhybat. Při správném sání se pohybují dítěti spánky a uši.

Před začátkem kojení si nejprve musí matka zvolit volnou polohu, která je nejpohodlnější nejen pro ni ale i pro dítě. Žena může kojit vsedě nebo vleže, jak se cítí pohodlně. Důležité je aby věděla, že se přikládá dítě k prsu, nikoli prs k dítěti. Dítě se však nesmí přikládat, když brečí. Jazyk je při křiku umístěn nahoře a to znemožňuje dítěti uchopit správně bradavku.

Ideální poloha pro dítě je v leže na boku. Obličej, břicho, hrudník i kolena směřují k tělu matky. Ramínka, uši a kyčle dítěte by měli být v jedné linii. Důležité je se zbytečně nedotýkat hlavičky ani tváře dítěte. To může někdy zmást sací reflex. Pokud se matka dotýká hlavičky, prsty nesmí přesáhnout spojnicí ušní linie. Doporučuje se nemít žádnou překážku mezi tělíčkem dítěte a matkou. Pokud je matka uvolněná a zvolí si správnou polohu, neměla by ji při kojení bolet záda, ramena, ruce ani samotný

prs s bradavkou (Mydlilová, 2007; Zwinger et al. 2004; Weigert 2006).

## **2.4 Přínos kojení pro matku**

Laktace je vhodná pro matku i pro dítě. Při kojení se matce uvolňují hormony jako prolaktin a oxytocin, které způsobují především psychickou pohodu a dávají větší pocit péče o své dítě. Kojení bezprostředně po porodu zvyšuje systémové hladiny oxytocinu. Tím dochází nejen k rychlejšímu stahování dělohy a snížení krvácení, ale také k rychlejšímu zapomenutí porodní bolesti.

Jelikož se využívá k tvorbě mléka tuk nastřádaný v průběhu celého těhotenství, dlouhodobé kojení napomáhá matce vrátit se ke své původní hmotnosti. Časté kojení občas vede k oddálení nástupu pravidelného menstruačního cyklu po porodu. To se v některých případech využívá jako metoda ke kontrole početí (dokud žena nemá menstruační, tedy ani ovulační cyklus, neměla by otěhotnět). Tato metoda však není spolehlivá. Mnohé ženy otěhotněly i v době výlučného kojení. Laktace je možná i v těhotenství, ale tvorba mléka je pak do jisté míry omezena.

Kojící ženy mají snížené riziko mnoha onemocnění jako např. rakoviny prsu, osteoporózy, rakoviny endometria či vaječníků, dále pak snížené riziko poporodního krvácení nebo sníženou potřebu inzulínu při diabetu, aj. Maminky, kojící déle než 8 měsíců, mají lepší remineralizaci kostí (Fialková, 2005).

## **2.5 Přínosy kojení pro dítě**

Prohlášení Americké pediatrické akademie (AAP): „Rozsáhlý výzkum, zejména v posledních letech, dokazuje rozličné a přesvědčivé výhody kojení a používání mateřského mléka pro děti, matky, rodiny i společnost. Jedná se o výhody zdravotní, výživové, imunologické, psychologické, sociální, ekonomické, pro zdravý vývoj dítěte a pro životní prostředí.“

Kojené děti mají snížené riziko náhlého úmrtí (tzv. syndrom náhlého úmrtí dítěte, SIDS) i dalších onemocnění. Kojení pomáhá dítěti předcházet obstruktivní spánkové apnoe (přerušení dýchání během spánku uzavřením dýchacích cest). Sání rovněž povzbuzuje správný vývoj zubů. Mateřské mléko je v prsu k okamžité dispozici

a má rovněž optimální teplotu. Kojení se rovněž spojuje se snížením rizika následujících onemocnění:

- astma
- alergie
- infekce dýchacích cest
- autoimunní onemocnění štítné žlázy
- bakteriální meningitida
- rakovina prsu
- Crohnova choroba
- nekrotizující enterokolitida
- Hodgkinova choroba
- celiakie
- diabetes mellitus
- ekzémy
- revmatoidní artritida
- obezita
- infekce močových cest
- záněty žaludku a střev, infekčního i jiného původu
- záněty středouší
- roztroušená skleróza

Mateřské mléko obsahuje různé složky bojující proti infekci. Je to např. imunoglobulin A (IgA). Dále pak para-aminobenzoová kyselina (PABA), která je nezbytná pro výživu střevních bakterií a laktoferin, druhý nejvíce zastoupený protein v lidském mléku, váže železo a blokuje množení některých bakterií (*Escherichia coli*, *Salmonella* aj.) Mateřské mléko rovněž obsahuje optimální množství aminokyselin taurinu, cysteinu a metioninu, které jsou potřebné pro správný vývoj nervové soustavy. Výzkum novozélandských vědců ukázal o něco lepší schopnosti učení u kojených dětí ve školním věku oproti dětem nekojeným. Používání mléka od krav především neupraveného, které obsahuje ve velkém množství bílkovinu beta-laktoglobulin, je častým zdrojem alergií (Nentwich, 2004).

## 2.6 Překážky při kojení

Některé problémy při kojení jsou poměrně běžné, ovšem přiložení dítěte k prsu co nejdříve po porodu je pomáhá významně potlačovat. V doporučeních Americké pediatrické akademie dokonce stojí: „Odložte vážení, měření, koupání, nabírání krve a oční profylaxi do doby, než se dítě poprvé nakojí.“

Některé obtíže s laktací mohou vyřešit ještě v porodnici školené dětské sestry, porodní asistentky a laktační konzultanti. Faktory, které narušují úspěšné kojení, mohou být následující:

- kandidóza (kvasinkové onemocnění)
- umělá kojenecká strava
- dlouhé odloučení matky od dítěte
- problémy s dýcháním u dítěte
- problémy s přikládáním k prsu
- příliš silná ejakce mléka
- hyperlaktační syndrom
- slabý sací reflex
- rozštěp patra u dítěte
- nízká vitalita dítěte
- těsná uzdička jazyka dítěte
- hypotonické dítě
- nízká nebo vysoká hladina glukózy v krvi
- málo vyvinutá prsa, nedostatečně vyvinutá mléčná žláza
- problémy s polykáním u dítěte, nevyzrálá koordinace dýchání a sání u nevyzrálých dětí, abnormality trávicího ústrojí
- vyrušování během kojení
- dudlíky, šidítka, savičky, prsní kloboučky
- bolest dítěte po chirurgickém zákroku (např. obřízce), vyšetření krve nebo očkování.

Některé předčasně narozené děti mohou mít potíže s koordinací dýchání a sání. Mohou se též unavit během krmení. Tyto děti často také nejsou schopny přijímat ústy

dostatek kalorií a potřebují podávat výživu žaludeční sondou (Schneiderová, 2006).

## 2.7 Kojení bez těhotenství

Ženy si mohou občas vyvolat laktaci, ačkoliv nebyli předtím těhotné. Tento stav se nazývá „indukovaná laktace“. Kojila-li žena již v minulosti a opět se u ní spustí laktace, hovoříme o relaktaci. Tento stav nastane tehdy, jsou-li bradavky soustavně stimulovány přisáváním dítěte nebo odsávačkou mléka. Toto někdy může vést k vyvolání tvorby mateřského mléka v množství, které je ke kojení dítěte potřebné. Tímto způsobem jsou někdy schopny kojit dítě adoptivní matky. Mléko vytvořené indukovanou laktací se svým složením vůbec od mateřského mléka produkovaného spontánně po porodu neliší (Gelbartová, 2009).

## 2.8 Výživa kojící matky

Výhradně kojené dítě je zcela závislé na živinách v mateřském mléku. Proto je důležité, aby matka dbala na dodržování správné životosprávy, zejména na kvalitní, dostatečnou a hlavně pestrá stravu. Mléko podvyživené ženy mívá snížený obsah vitaminů A, D, B6 a B12. Rovněž může dojít ke snížené tvorbě mléka. Velmi důležitý je také pitný režim především v letních měsících. Kojící žena by měla vypít minimálně tři litry tekutin. Vhodné tekutiny jsou například nesycená minerální voda nebo čaje převážně ovocné nebo čaj přímo pro kojící matky z lékárny.

Neexistují žádná jídla, která by byla při kojení vysloveně zakázána, může se však stát, že dítě bude negativně reagovat na určité jídlo, které matka sní. Není vhodné jíst nadýmavá jídla jako například luštěniny. Může se stát, že po pozření takového jídla bude nadmuté i dítě (Ševčík, 2006). Z tohoto vyplývá šest hlavních zásad kojící matky:

- Kojící žena by neměla kouřit
- Kojící žena by neměla pít alkohol
- Kojící matka by měla dodržovat zásady správné výživy. Jíst pestře, dbát na zastoupení zeleniny, ovoce, ryb, mléčných výrobků. Energetickou hodnotu stravy navýšit zhruba o jednu čtvrtinu oproti zvyklostem v období před

těhotenstvím v případě, že se výrazným způsobem nesnížila fyzická aktivita

- Kojící žena by měla mít dostatečný příjem tekutin a to 2,5-3,5 litru denně
- Vyšší spotřeba kávy může způsobit neklid a nespavost dítěte
- Pozor na dostatečný příjem vitamínů ve stravě. Jejich obsah v mateřském mléce kolísá v závislosti na každodenním příjmu a stavu tělesných zásob. Ženy vegetariánky, které nejedí maso, vejce, ryby a nepijí mléko, musí doplnit ve své stravě železo a vitamin B12, také jód ve formě jodidové tablety denně v dávce 100-200g, neboť tak podporují zejména psychický vývoj dítěte (Ševčík, 2006).



## **3 FAKTORY NARUŠUJÍCÍ KOJENÍ**

*„O prsy šestinedělek je nutno pečovat, denně je omývat vodou bez použití mýdla. Ošetřování mléčné žlázy po kojení je prevencí stafylokokových infekcí a plísňových onemocnění dítěte (soor). Nedělka má úzkostlivě dbát na hygienu rukou na mytí před kojením a zejména po manipulaci s vložkami.“* (Kobilková et al., 2005, s. 264). Všechny tyto návyky by si měla žena osvojit a pečlivě je dodržovat i po uplynutí období šestinedělí.

### **3.1 Bolestivá prsa**

Kojení často narušuje bolest. Po nedostatečné tvorbě mléka se udává, že jde o druhý nejčastější důvod, proč ženy přestávají kojít a přecházejí na umělou stravu dítěte.

### **3.2 Retence mléka**

Někdy může dojít k tomu, že jsou blokovány mléčné kanálky a mléko nemůže volně odtékat. Tento problém může postihnout třeba jen část prsu. Není způsoben infekcí. Obvykle se dá vyřešit měněním poloh dítěte při kojení tak, aby dítě bradíčkou stimulovalo část prsu, kde se mléko městná nebo přikládáním teplých obkladů na prsa před kojením. Pomoci může i jemná masáž prsou v předklonu. Pokud se to stane opakovaně, je třeba lékařské vyšetření.

### **3.3 Bolestivé bradavky**

Bolestivost prsních bradavek se udává jako ta nejčastější obtíž, na kterou si po porodu ženy stěžují. Obecně je udávána matkami od druhého dne po porodu, ale zlepšuje se během 5 dnů, kdy žena již techniku přikládání a kojení zvládá. Bolest bradavek po uplynutí prvního týdne (silná bolest, praskání kůže, ragády či lokalizovaný otok) nejsou normální, a z toho důvodu by žena měla tyto problémy konzultovat s lékařem, porodní asistentkou nebo laktační konzultantkou. Bolestivost bradavek

rovněž způsobí, pokud se dítě nadále nesprávným způsobem přisává k bradavce. Nesprávný způsob přisátí vyvolává zvýšený tlak na bradavku a snižuje efektivitu kojení. K problémům rovněž přispívá nesprávné použití odsávačky nebo topických přípravků (mastí, krémů apod.). Také se může jednat o příznak začínající infekce.

Podrážděné bradavky se doporučuje ošetřování například regenerační mastí s obsahem panthenolu.

### **3.4 Přeplněná prsa**

Většina žen mívá pocit plnosti prsou během 36 hod po porodu. Obvykle je tento stav vnímán jako nebolestivá „těžkost“ prsu. Primární způsob, jak lze předejít bolestivému městnání mléka v prsech, je kojení dítěte na jeho vyžádání. Pokud jsou prsy dlouho přeplněny mlékem, stávají se citlivými a bolestivými. Městnání je zapříčiněno neodčerpáním dostatečného množství mateřského mléka z prsů. Nastává 3 až 7 dní po porodu a objevuje se častěji u prvorodiček. Nahromaděné mléko, zvýšený přítok krve, a otok přispívají k bolestivosti. Městnání může postihnout nejen prsní dvorec ale i celý prs a narušuje kojení jak bolestí, tak i změnou tvaru bradavky a prsního dvorce. To samozřejmě dítěti znesnadňuje správné uchopení prsu a následné sání. Špatné přisátí zpravidla způsobí ještě větší podráždění bradavky. Vede to také k neefektivnímu odvádění mléka z prsu, a tudíž způsobuje i větší bolestivost. Městnání může začít jako výsledek působení více faktorů, jako jsou nesprávná technika kojení, bolest bradavky, odloučení dítěte od matky nebo málo časté přikládání a kojení. Prevencí nebo léčbou je odebírání mléka z prsů – kojením, odsáváním nebo odstříkáváním. Jemná masáž někdy pomůže nastartovat odtok mléka z prsu, a tak v něm snížit tlak. Snížený tlak zpravidla změkčí prsní dvorec, což zároveň umožní správné uchopení bradavky dítětem. Efektivitu laktace můžou také zvýšit teplé obklady či voda a odstříknutí trochy mléka před samotným kojením. Jiné zdroje naopak doporučují studený obklad, který má efekt snížení prokrvení a otoku. Proti bolesti je možné použít paracetamol, ale pouze v nejnutnějších případech a po poradě s lékařem.

### **3.5 Zánět mléčné žlázy**

Zánět mléčné žlázy se nazývá mastitida a je způsoben bakteriální infekcí. Projevuje se typickými znaky zánětu – calor (teplota), dolor (bolest), rubor (zarudnutí) a tumor (otok). Velmi často se objevuje 2 –3 týdny po porodu, ale objevit se může kdykoli v průběhu celého kojení. Typickými původci infekce jsou bakterie rodu Streptococcus, Escherichia coli a Staphylococcus. Včasná léčba antibiotiky může předejít různým komplikacím, jako je například vznik abscesu. Během léčby je potřeba pokračovat v kojení (odběru mléka z prsu). Kojící žena by měla mít klid na lůžku a měla by dbát na dostatečný příjem tekutin a živin ve stravě. V některých těžkých případech je potřeba podávat antibiotika intravenózně, kvůli rychlému nástupu účinku. Lékař by měl předepsat taková antibiotika, která jsou vhodná pro kojící matku a nemohou svými vedlejšími účinky poškodit dítě. (Příloha č. 5)

### **3.6 Kvasinkové onemocnění**

Kandidóza je způsobena nejčastěji kvasinkou Candida albicans. Příznaky kvasinkového onemocnění prsů jsou zarudnutí, bolest, svědění a pálení. Taktéž se mohou objevit lesklé nebo bílé skvrny na povrchu bradavky a dvorce. U kojeného dítěte se může objevit bílý povlak na jazyku, který nelze setřít nebo krupička v ústech takzvaná moučnivka. Infekce se musí zbavit matka i dítě. Léčba zahrnuje lokální podávání antimykotik na bradavky a do úst dítěte. Je také potřeba důkladně dodržovat hygienu, prát prádlo a desinfikovat odsávačku mléka. Do podprsenky jsou velmi praktické jednorázové vložky, které napomáhají udržet prs v čistotě. (Schneiderová, 2006).

## II EMPIRICKÁ ČÁST

### 4 METODIKA VÝZKUMU

#### 4.1 Problém, cíle, hypotézy

**Problém:**

Proč některé ženy přestávají s laktací předčasně? Jaké jsou nejčastější důvody pro to, aby žena kojit přestala? Jaký mají naše ženy stupeň edukace o kojení? Toto jsou všechno důležité otázky, které je třeba zodpovědět, abychom zjistili, jak jsou na tom ženy s vědomostmi o prospěchu kojení pro jejich dítě i je samotné a co je vede k přerušení laktace.

**Cíle:**

1. Zjistit v jakém období žena nejčastěji přeruší laktaci
2. Zjistit nejčastější problémy při kojení
3. Zjistit pocity žen při problémech s kojením

**Hypotézy:**

- H1 Ženy co prodělaly těžký porod, budou mít častěji problémy s laktací  
H2 Nejčastějším a nejzávažnějším problémem při kojení bude zánět mléčné žlázy  
H3 Psychika ženy bude mít velký vliv na kvalitu laktace

#### 4.2 Výzkumné metody

Ke sběru informací o problémech při kojení jsme použili obsahovou analýzu z internetových zdrojů. Tato metoda nám dobře posloužila ke zjištění nejčastěji vzniklých potíží, které mají kojící ženy. Posloužila nám také ke zjištění, kdy ženy nejčastěji přerušily svou laktaci. Další výzkumnou metodou byla kazuistika od ženy, co prodělala problémy při kojení a překonala je, a druhá kazuistika od ženy, co prodělala obtíže při kojení, začala dokrmovat a předčasně přerušila laktaci.

### **4.3 Výzkumný vzorek**

Výzkumný soubor tvořily ženy po porodu, které uvedly své zkušenosti na internetu v internetových diskusích a poradnách zaměřených na problémy kojících žen v období šestinedělí i po ukončení tohoto období, z nichž jsme vytvořily výzkumný vzorek 50 žen. Druhý vzorek tvořily dvě respondentky, které prodělaly těžký porod, a následně měly problémy s laktací. První žena tyto problémy překonala, zatímco druhá laktaci předčasně ukončila.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkumné údaje jsme získávali metodou obsahové analýzy internetových zdrojů a podrobili jsme 50 výpovědí zúčastněných žen s problémy při kojení. Metodou kazuistiky dvou respondentek jsme zpracovali problémy s kojením, přičemž jedna měla snahu je vyřešit a druhá začala s dokrmováním dítěte a kojení předčasně ukončila.

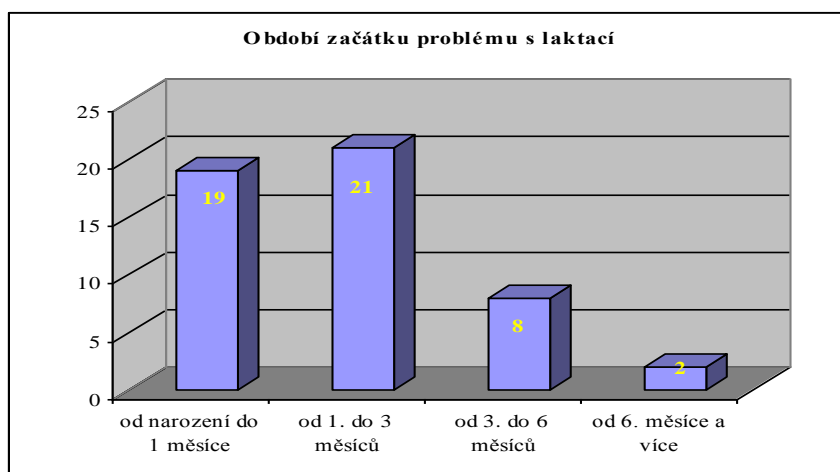
### 5.1 Analýza internetových blogů

Z analýzy 50 respondentek z internetových zdrojů jsme zjistili údaje, které prezentujeme v následujících tabulkách a grafech.

**Tabulka 1 Období začátku problému s laktací**

Věk dítěte	n	%
od narození do 1 měsíce	19	38
od 1. do 3 měsíců	21	42
od 3. do 6 měsíců	8	16
od 6. měsíce a více	2	4

**Graf 1**

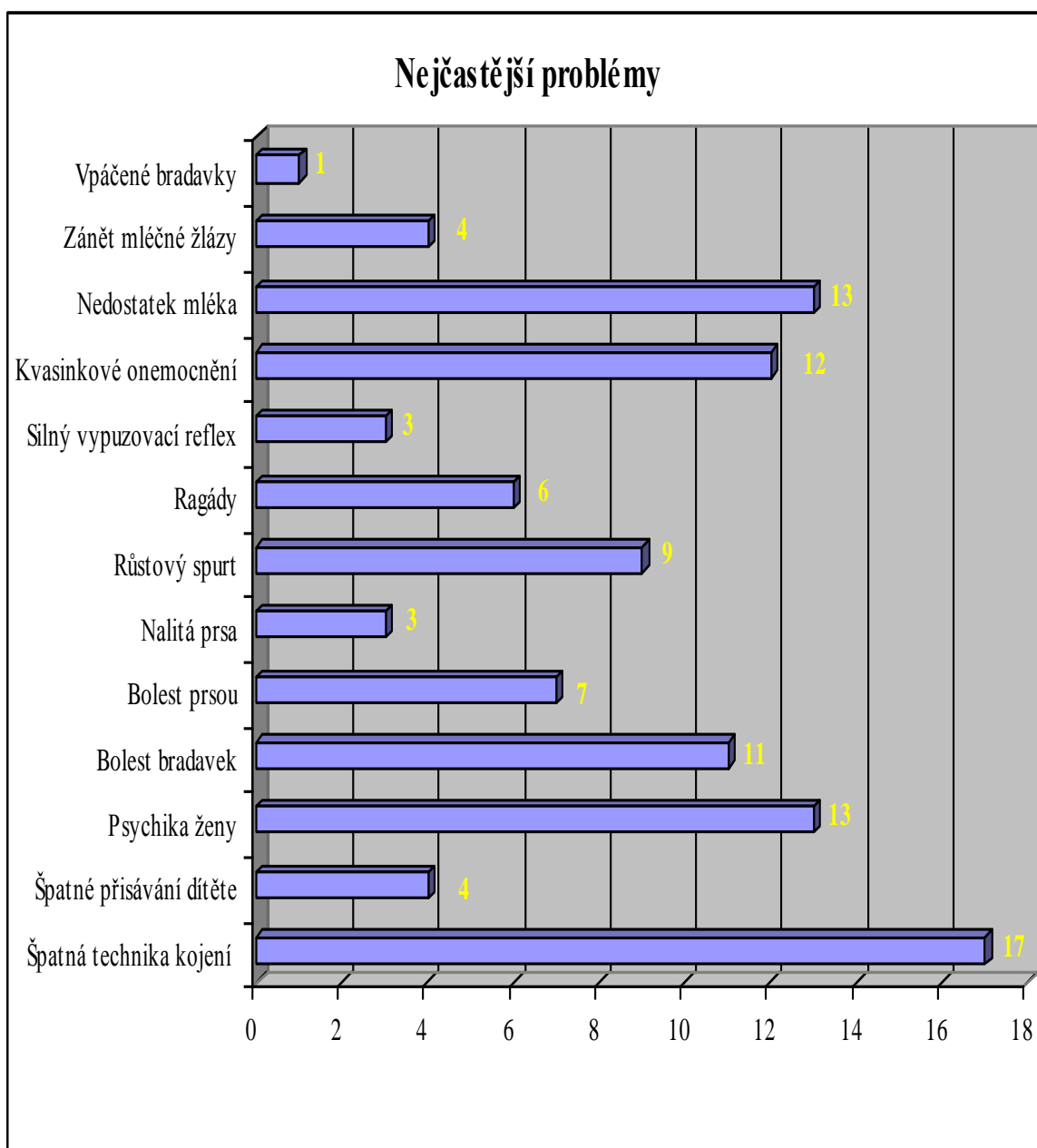


Zjistili jsme, že v 1. měsíci mělo problémy s kojením 38% žen. Od skončení 1. měsíce do konce 3. měsíce 42%, v období od konce 3. do 6. měsíce 16% a nad 6. měsíců 4%.

**Tabulka 2 Nejčastější problémy**

<b>Problémy</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Špatná technika kojení	17	34
Špatné přisávání dítěte	4	8
Psychika ženy	13	26
Bolest bradavek	11	22
Bolest prsou	7	14
Nalítá prsa	3	6
Růstový spurt	9	18
Ragády	6	12
Silný vypuzovací reflex	3	6
Kvasinkové onemocnění	12	24
Nedostatek mléka	13	26
Zánět mléčné žlázy	4	8
Vpáčené bradavky	1	2

**Graf 2**



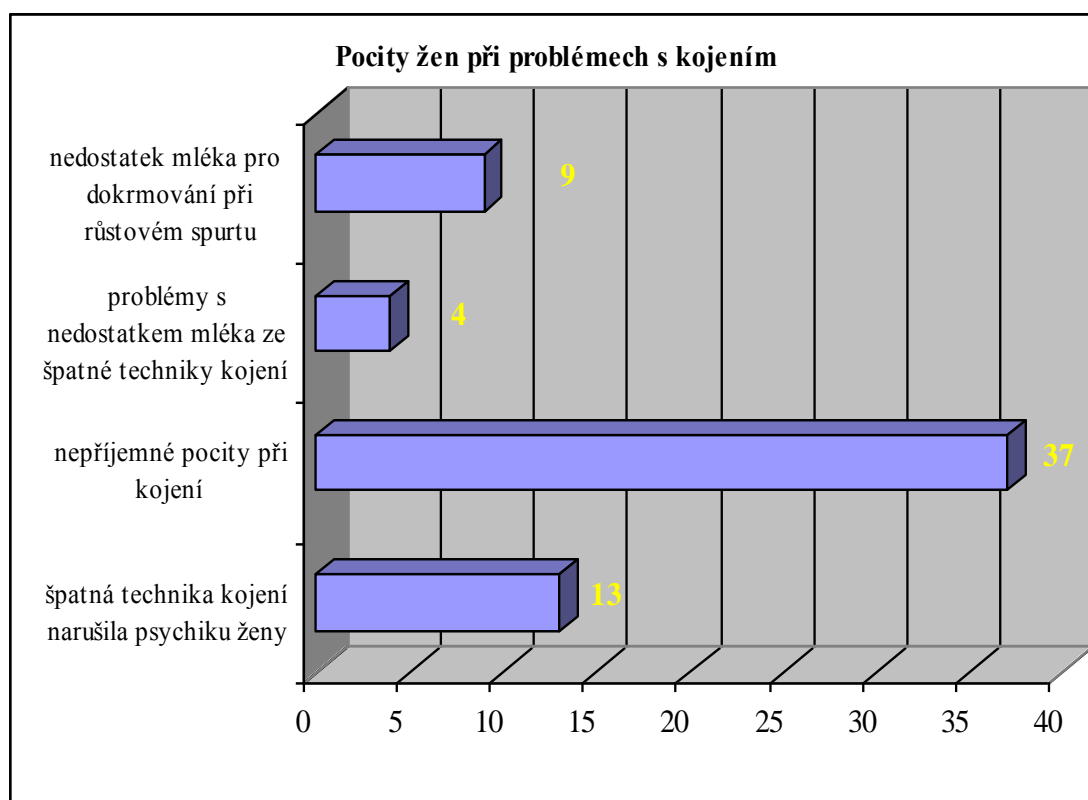
Zjistili jsme, že špatnou techniku kojení udávalo 34% respondentek, pro 26% to byl nedostatek mléka a psychika ženy. 24% žen trpělo kvasinkovým onemocněním, 22% respondentek označovalo jako příčinu problému bolestivé bradavky, 18% žen udávalo růstový spurt, 14% žen mělo bolestivá prsa, ragády na bradavkách udávalo 12% žen, pro 8% respondentek byl problém zánět prsou a špatné přisátí dítěte k bradavce, 6% žen uvedlo nalítá prsa a silný vzpuzující reflex mléka a 2% vpáčené bradavky.



**Tabulka 3 Pocity žen při problémech s kojením**

Projevy	n	%
špatná technika kojení, která narušila psychiku ženy	13	26
nepříjemné pocity při kojení (bolest, pálení, řezání, tlak...)	37	74
problémy s nedostatkem mléka z důvodu špatné techniky kojení	4	8
nedostatek mléka z důvodu dokrmování při růstovém spurtu	9	18

**Graf 3**



Zjistili jsme, že 74% respondentek mělo nepříjemné pocity při kojení (bolest, pálení, řezání, tlak...), 26% udávalo špatnou techniku kojení, která narušila psychiku ženy, 18% žen mělo nedostatek mléka z důvodu dokrmování při růstovém spurtu a 8% žen mělo nedostatek mléka z důvodu špatné techniky kojení.

## 5.2 Kazuistika ženy s překonanými potížemi při kojení

Ke zhodnocení jsme využili dostupné zdroje informací, kterými byli přímé pozorování a rozhovor s respondentkou.

### 1) Osobní údaje:

Jméno: Petra D  
Věk: 29 let  
Zdravotní pojišťovna: 111  
Bydliště: Praha, Žižkov  
Státní příslušnost: ČR  
Národnost: česká  
Stav: svobodná  
Povolání: zástupkyně vedoucí v ženské módě  
Dosažené vzdělání: střední s maturitou

### 2) Anamnéza:

#### a) Rodinná anamnéza:

otec - kompenzovaná hypertenze, diabetes mellitus II. typu, st. po IM (1999); matka - kompenzovaná hypotyreóza; sestra – zdravá; bratr - zdrav ; v rodině se nevyskytují žádné vrozené vývojové vady, onemocnění psychiatrická ani onkologická onemocnění.

#### b) Osobní anamnéza:

prodělaná onemocnění: Běžné dětské nemoci

operace: appendektomie - 14 let

alergie: pyl, prach, plísň – dýchací obtíže

abúzus alkoholu, nikotinu, léků, drog klientka nekuří

jiná onemocnění: neprodělala

V období před těhotenstvím, přibližně 4 měsíce před otěhotněním, došlo k zvýšení krevního tlaku z původního tlaku 110/65 na tlak 140/85. Klientka byla léčena bez medikamentózní terapie, byla jí doporučena určitá režimová opatření (snížení příjmu

soli, pravidelný denní režim, spánek 8 hodin denně, vyhýbání se stresu). Během tří měsíců došlo k úpravě hodnot TK. Během tohoto období udávala klientka zvýšený výskyt bolestí hlavy, které měly migrenózní charakter.

**c) Gynekologická anamnéza**

menarché: ve 14 letech

menstruační cyklus pravidelný 28/5, střední intenzita krvácení, bez bolestí

gynekologická onemocnění: ne

gynekologické zákroky: ne

antikoncepce: před plánováním těhotenství užívala pravidelně 6 let HA Diane-35, bez obtíží

**d) Ekonomická a sociální situace**

Slečna P. D. vystudovala gymnázium. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako zástupkyně vedoucí v obchodu s ženskou módou. Klientka žije v pronajatém bytě 3+1 s partnerem (otcem dítěte). V současné době staví rodinný dům 50km za Prahou. Rodina je dostatečně finančně zajištěna.

**e) Údaje týkající se současného těhotenství:**

gravidita / parita: I/I

poslední menstruace: 18.2.2008

termín porodu: 25.11.1008

první pohyby: 22.7.2008

krevní skupina: B pozitivní

serologické vyšetření: HIV – neg.; BWR – neg.; protilátky: negativní

Pánevní rozměry: distantia bispinalis – 26 cm; distantia bicristalis – 28 cm

distantia bitrochanterica – 32 cm; conjugata externa – 20 cm

Klientka pravidelně navštěvovala těhotenskou poradnu u svého obvodního gynekologa od II. měsíce a absolvovala celkem 18 návštěv. Během těhotenství nebyla hospitalizována. Těhotenství bylo klasifikováno jako fyziologické.

f) Stav při přijetí k porodu:

týden těhotenství: 38+2

fyziologické funkce: TK – 125/80; P – 82'; TT – 36,8°C

výška: 175 cm

hmotnost přes otěhotněním: 68 kg

hmotnost před porodem: 80 kg

přírůstek v těhotenství: 12 kg

vyšetření moči: Bílkovina – neg., cukr – neg., ketolátky – neg.

otoky: ne

Hodnocení CTG záznamu: Fyziologický, undulatoční křivka, reaktivní, BF 140, akcelerace - ano, decelerace- ne., pohyby - ano, kontrakce á 5 min

vnitřní vyšetření: pochva prostorná, bez patologického výtoky, klenby poševní plně nevyvinuté, branka navolitých okrajů 3 cm, hlava naléhá volně ve vaku blan na vchod, VP neteče, nekrvácí

Ultrazvukové vyšetření: biomertie v normě, normohydramniom, jeden živý plod, placenta uložena na zadní stěně, PPHL, PI, průtoky v normě.

V 5 hodin ráno po příjmu na porodní sál a po základních vyšetřeních byla slečně Petře D. s jejím souhlasem provedena příprava. Ta se skládala z oholení zevního genitálu a podání očištného klyzmatu. Dle ordinace lékaře se ozvy plodu kontrolovaly každých 15 minut a každé následné 2 hodiny se natáčel nový CTG záznam. Po přípravě se klientka převedla na porodní box, kde se provedla dirupce vaku blan. Voda plodová byla čirá a odcházela až do porodu. Porodní nález neustále postupoval a kontrakce klientka udávala silné a časté. Na CTG záznamu po dirupci se začaly ojediněle vykytovat DIP I, na levém boku se záznam opět zlepšil.

V 10:00 hodin zašla branka, hlava však nebyla ještě dorotovaná. Na CTG záznamu se začaly objevovat variabilní decelerace, lékař naordinoval podání kyslíku. V 10:25 hod. hlavička plodu dorotovala a klientka byla poučena o tom kdy a jak tlačit. Porod však nepostupoval kvůli sekundárně slabým kontrakcím, proto lékař naordinoval i.v. podání 500 ml fyziologického roztoku s 5 jednotkami oxytocinu. Pro alteraci ozev

a hrozící hypoxii plodu však lékař indikoval operační ukončení porodu za pomoci vakuumextraktoru.

V 10:30 hod se slečně Petře D. narodilo živé děvče jménem Lucie. Přivolaný neonatolog diagnostikoval bradykardii a povrchní, nepravidelné dýchání. Po základních oživovacích úkonech se stav dítěte stabilizoval. Lucie vážila 3800g a měřila 50cm. Apgarové skóre bylo 2 – 7 – 9. Dětská sestra si Lucii odnesla s sebou na neonatologické oddělení hned po porodu, kde byla umístěna do inkubátoru a byly u ní kontinuálně sledovány životní funkce.

Klientka Petra D. porodila 650 g vážící placentu bez infarktů v 10:45 hod a po ošetření rozsáhlého porodního poranění zůstala na porodním sále 3 hodiny po porodu. Krevní ztráta byla 300 ml, slečna Petra D. se cítila slabá a velmi unavená. Po převozu na šestinedělí klientka spala do 20:00 hod. Se sestrou vstala a došla si do sprchy, následně se šla podívat za dcerou.

Druhý den ráno již směla Lucie za matkou na pokoj, kde ji následně poprvé přiložila dětská sestra k prsu matky. Klientka udávala, že se jí nedostalo z časové vytiženosti sestry dostatečného vysvětlení, jak správně přiložit dítě k prsu a jak dále postupovat. Pociťovala úzkost a nejistotu. Po další návštěvě sestry na pokoji se jí na její žádost již dostalo potřebných teoretických informací, které požadovala a zkoušela už sama přikládat. Lucie však byla velice unavená, spavá a její nezájem o prs matky způsobil, že prsy nebyly dostatečně stimulovány k tvorbě mléka. Začala tedy používat elektrickou odsávačku zapůjčenou na novorozeneckém oddělení. Mléko se začalo ve větší míře tvořit až třetí den po porodu, ale Lucie měla neustálé problémy s přísátím, a tak dostávala mléko injekční stříkačkou přes prst přímo do úst. Do domácí péče byla propuštěna pátý den po porodu. V den propuštění jsem se slečnou Petrou D. sešla již v klidu v domácím prostředí a pohovořila s ní o technice kojení. Poté následoval trénink přikládání Lucie k prsu, to již zvládla i bez pomoci stříkačky a dceru plně nakojila.

Čtrnáct dní po propuštění domů z nemocnice však problémy s kojením nastaly znovu. Slečna Petra D. uváděla velmi bolestivý úsek na pravém prsu, byl sice mírně oteklý, ale kůže v této oblasti nebyla zarudlá. Vyloučili jsme tedy počínající zánět prsní žlázy a doporučili jí přes bolest nepřestávat s kojením. Jelikož slečna Petra D. neměla

zvýšenou teplotu a cítila se celkově dobře, nevyhledávaly jsme lékařskou pomoc. Informovali jsme jí o nutnosti lehce masírovat postiženou část prsu i přes bolest, aby se uvolnilo i mléko z postižené části prsu. Doporučili jsme jí kojit Lucii v boční fotbalové poloze tak, že bradička dítěte přímo jemně masírovala bolavý úsek. Dále jsme mezi kojením přikládali obklady ze studeného tvarohu, který vytáhl horkost z prsu a měl i analgetický účinek. Druhý den se stav pomalu zlepšoval a třetí den problémy vymizely úplně. Slečna Perta D. byla velice ráda, že nemusela přerušit tak těžce získané kojení a může kojit i nadále.

V obdobích růstových spurtů nenastaly již žádné potíže, jelikož Petra D. byla na tento okamžik připravena díky dostatečné edukaci. Zvládla tedy toto období bez větších obtíží a v současné době svou čtyřměsíční dceru Lucii plně kojí.

### **5.3 Kazuistika ženy s nepřekonanými potížemi při kojení**

Ke zhodnocení jsme využili dostupné zdroje informací, kterými byli přímé pozorování a rozhovor s respondentkou.

#### **1) Osobní údaje:**

jméno:	Jana M.
věk:	22 let
zdravotní pojišťovna:	211
bydliště:	Humpolec
státní příslušnost:	ČR
národnost:	česká
stav:	vdaná
povolání:	úřednice
dosažené vzdělání:	střední s maturitou

## **2) Anamnéza:**

### **a) Rodinná anamnéza:**

otec kompenzovaná hypotyreóza; matka - varixy DK, st. p. operaci varixů; sestra zdráva; v rodině se nevykytují žádné vrozené vývojové vady, onemocnění psychiatrická ani onkologická onemocnění.

### **b) Osobní anamnéza:**

prodělaná onemocnění: Běžné dětské nemoci

operace: tonsilektomie – 15 let; appendektomie – 18 let

alergie: neguje

jiná onemocnění: neprodělala

abúzus alkoholu, léků, drog klientka neguje

nikotin – před plánováním těhotenství přestala kouřit, dříve kouřila cca 5 cigaret denně od 17 let.

V období před těhotenstvím, přibližně 8 měsíců před otěhotněním, došlo po vysazení hormonální antikoncepce k potížím v menstruačním cyklu. Objevila se oligomenorea - cyklus se prodloužil na 38/6, krvácení bylo přiměřené, menstruace byla bolestivá. Po třech měsících se však sám normalizoval. Cyklus se vrátil do původní frekvence 28/5, krvácení střední intenzity, nebolestivé.

### **c) Gynekologická anamnéza**

menarché v 15 letech; menstruační cyklus pravidelný 28/5, střední intenzita krvácení, bez bolestí

gynekologická onemocnění: Častá kvasinková onemocnění, citlivá na léčbu poševními globulemi (globulus cum natrio tetraborico)

gynekologické zákroky: ne

antikoncepce: před plánováním těhotenství užívala pravidelně 5 let HA Jeanine, bez obtíží

### **d) Ekonomická a sociální situace**

slečna Jana M. vystudovala střední ekonomickou školu. Před nástupem na mateřskou

dovolenou pracovala jako úřednice na poště. Klientka žije v novém rodinném domě spolu s manželem 15 km od rodné vesnice, kde žijí její rodiče. Rodina je dostatečně finančně zajištěna.

e) Údaje týkající se současného těhotenství:

gravidita / parita: I/I

poslední menstruace: 1.3.2008

termín porodu: 6.12.1008

první pohyby: 18.8.2008

krevní skupina: 0 Rh negativní

serologické vyšetření: HIV – neg.; BWR – neg.; Protilátky: 3x negativní

pánevní rozměry: distantia bispinalis – 27 cm; distantia bicristalis – 28 cm

distantia bitrochanterica – 33 cm; conjugata externa – 21 cm

Klientka pravidelně navštěvovala těhotenskou poradnu u obvodního gynekologa od II. měsíce a absolvovala celkem 20 návštěv. Během těhotenství nebyla hospitalizována. V 15. týdnu klientka znovu prodělala kvasinkové onemocnění pochvy, které po 3 dnech léčby ustoupilo. Preventivně jí bylo doporučeno používat Gyntima poševní čípky pro obnovení vaginální flóry. Od 25. týdne gynekolog při vnitřním vyšetření diagnostikoval zkrácení hrdla na falangu. Předepsal Janě M. magnesium lacticum a doporučil režimová opatření (klid na lůžku, vyvarovat se stresovým situacím). Těhotenství bylo klasifikováno jako rizikové.

f) Stav při přijetí k porodu:

týden těhotenství: 38+0

fyziologické funkce: TK – 130/85; P – 98'; TT – 36,9°C

výška: 179 cm

hmotnost přes otěhotněním: 75 kg

hmotnost před porodem: 90 kg

přírůstek v těhotenství: 15 kg

vyšetření moči: Bílkovina – neg., cukr – neg., ketolátky – neg.

otoky: ano, zápěstí, kotníky - mírné



hodnocení CTG záznamu: Suspektní, silentní křivka, reaktivní, BF 130, akcelerace - ano, decelerace - ne., pohyby - ano, kontrakce nepravidelné

vnitřní vyšetření: pochva prostorná, bez patologického výtoky, klenby poševní plné nevyvinuté, hrdlo 1 cm dlouhé pro 2 prsty volně, hlava naléhá volně na vchod, VP odtekla spontánně v 8:00 - čirá, krvácení – špinění po vyšetření.

ultrazvukové vyšetření: biometrie v normě, normohydramniom, jeden živý plod, placenta uložena na zadní stěně, PPHL, PI, průtoky v normě.

Janě M. v 8:00 hodin spontánně odtekla čirá voda plodová. Po natočení vstupního CTG záznamu a příjmu na porodní sál byla uložena na čekatelský pokoj. Lékař naordinoval přetočení CTG záznamu za hodinu od příjmu, poslouchání ozev plodu každých 15 minut. V 10.30 hodin se kontrakce zpravidelnily, vaginální vyšetření odhalilo progresi vaginálního nálezu a paní Janě M. byla s jejím souhlasem provedena příprava. Ta se skládala z oholení zevního genitálu, podání očistného klyzmatu, intramuskulárního podání 1 ampule thiaminu a perorálního užití 25 kapek secatoxinu. Po přípravě se klientka převedla na porodní box a byla kontinuálně napojená na CTG. Porodní nález neustále postupoval a kontrakce klientka udávala silné a každé 3 minuty. Na CTG záznamu se ojediněle začaly vyskytovat variabilní decelerace. Jana M. udávala velkou únavu a vyčerpání.

Ve 14:00 hodin zašla branka, hlava byla vysoko nad vchodem. Pro únavu paní Jana M. nemohla stát ani sedět na míči, aby napomohla sestupu hlavičky, byla proto polohována na levý bok s podloženou pravou nohou. Lékař diagnostikoval sekundárně slabé kontrakce a naordinoval 500 ml 5% glukózy s 5 jednotkami oxytocinu intravenózně. Hlava vstoupila velkým oddílem do porodních cest v 14.38 hod. Na CTG záznamu se začaly objevovat alterace ozev plodu, paní Janě M. byl podán kyslík. Klientka přes velkou únavu nebyla schopna spolupracovat. Pro alteraci ozev a hrozící hypoxii plodu indikoval lékař operativní ukončení porodu. Za použití Simpsonových východových kleští byl ve 14:45 hodin vybaven živý chlapec Matyáš. Přivolaný neonatolog diagnostikoval bradykardii a nepravidelné dýchání. Po základních oživovacích úkonech a po odsátí se stav dítěte stabilizoval. Dítě vážilo 3650g a měřilo

51cm. Apgarové skóre bylo 3 – 8 – 9. Dětská sestra si chlapce odnesla na novorozenecké oddělení, kde u něho byly kontinuálně sledovány životní funkce a byl uložen do inkubátoru.

Paní Jana M. porodila celistvou placentu o hmotnosti 600 g s přítomností ojedinělých drobných infarktů 10 minut po porodu plodu. Po ošetření rozsáhlého porodního poranění zůstala na porodním sále 2 hodiny. Krevní ztráta byla 250 ml a klientka se po porodu cítila velmi unaveně. Po převozu na šestinedělí klientka odpočívala do 21 hodin, pak šla s dopomocí sestry do sprchy a následně si šla znovu lehnout.

Svého chlapce viděla až ráno v 6 hodin, kdy ho dostala do péče na pokoj. K prvnímu přiložení dítěte k prsu došlo až po 17 hodinách od porodu. Chlapec byl u kojení unavený a spavý, mezi kojením se však často budil a plakal. Od sestry dostala ve stříkačce glukózový roztok, kterým měla chlapce přes prst dokrmit po kojení, aby usnul.

Její syn však byl i nadále velice unavený, spavý a jeho nezájem o prs matky způsobil, že prsy nebyly dostatečně stimulovány k tvorbě mléka. I přes používání mechanické odsávačky, půjčené od kamarádky a přinesené do porodnice, tvorba mléka pořád nestačila požadavkům Matyáše. Třetí den po porodu se paní Janě M. na obou dvorcích začaly tvořit ragády, které znepříjemňovaly už tak těžké kojení. Od sestry dostala klientka vzorek mastičky Bepanthen, který částečně napomohl hojení popraskaných bradavek. Špatný psychický stav klientky způsobil, že se kojení svého dítěte začala bát. Obavy, že nedokáže dát svému dítěti dostatek potravy, tvorbu mléka ještě více utlumily. Pátý den po porodu byla propuštěna do domácí péče, kojení se zatím ještě plně nerozběhlo. Paní Jana M. s pomocí starší sestry, která už měla s kojením zkušenosti, nakonec tvorbu mléka podpořila teplými obklady a jemnou masáží před kojením. Matyáš byl po kojení klidný a spokojený.

V šestém týdnu života Matyáše však problémy nastaly znovu. Paní Jana M. pozorovala úbytek mléka. Matyáš se často u kojení vztekal, budil se každou hodinu a plakal. Paní Jana M. na kontrole u pediatra na tyto problémy upozornila. Lékařka jí informovala o možnosti, že se jedná o takzvaný růstový spurt a že by neměla přestávat kojit, pokud nechce. Paní Jana M. však měla obavy o zdraví svého chlapce a poprosila doktorku o dokrm. Po kojení pak Matyáše dokrmila mlékem Nutrilon 1. Matyáš byl

spokojený a dlouho a klidně po kojení spal. Tvorba mateřského mléka paní Janě M. neustále klesala. Na umělou výživu Matyáše paní Jana M. přešla v osmi týdnech věku dítěte.

V současné době je Matyáš čtyři měsíce starý a zdravý. Paní Jana M. ho krmí umělým mlékem Nutrilon 1 a chlapec prospívá.

## 5.4 Interpretace a diskuze

Bylo pro nás pozitivním překvapením, že většina žen trpících obtížemi při kojení vyhledávala pomoc na specializovaných internetových stránkách, kde se jejich problémy zabývali odborníci. Nejčastěji ženy hledali pomoc u laktačních poradkyň či přímo u lékařů. Obsah těchto internetových diskuzních fór jsme analyzovali, a tak zjistili nejčastější problémy, kterými trpí kojící ženy.

Zjistili jsme, že největší množství žen přerušuje laktaci v období od ukončení prvního měsíce života dítěte do třetího měsíce života dítěte. Bylo to celých 42% respondentek. V tomto období dochází k prvnímu růstovému spurtu, který devět žen z padesáti označilo jako příčinu přerušování laktace. K našemu překvapení druhým nejčastějším obdobím, kdy 38% žen přerušilo laktaci, byl časový interval mezi narozením dítěte a prvním měsícem. V tomto období života je kojení pro dítě velice důležité, jelikož ještě nemá vlastní imunitní systém a přes mateřské mléko využívá imunitního systému matky, která mu touto cestou dodává protilátky. Vysoké procento žen přestává kojit velmi brzy z důvodu nedostatečné informovanosti jak vlastně správnou laktaci vyvolat. Jak bylo zmíněno v kazuistice slečny Petry D., sestry z šestinedělí a novorozenců jsou pro svou časovou vytíženost neschopny najít si dostatek času na každou klientku a poskytnout jí úplné informace. Z tohoto důvodu vznikají problémy jako špatná technika přikládání nebo narušená psychika ženy. V období mezi třetím a šestým měsícem života dítěte přerušilo laktaci 16% žen. 4% žen přerušila laktaci po půl roce života dítěte. V dnešní době je všeobecně známo, že mateřské mléko a laktace jsou pro matku i pro dítě velmi důležité. Kojící ženy mají snížené riziko mnoha onemocnění jako například rakoviny prsu, osteoporózy, rakoviny endometria či vaječnicků. U kojených dětí byl zaznamenán menší výskyt onemocnění jako jsou například astma, alergie, zánět žaludku a střev, infekčního i jiného původu,

obezita, atopické ekzémy, některá autoimunitní onemocnění a další choroby. Proto pro nás bylo překvapení, že tolik žen plně nekojí alespoň do šestého měsíce.

Zajímavým zjištěním pro nás nadále bylo, že zánět mléčné žlázy byl příčinou přerušení laktace pouze u 4 žen, což tvořilo 8% z celkového počtu respondentek. Tím se nám **nepotvrdila hypotéza 2**, kdy jsme předpokládali, že zánět mléčné žlázy bude nejčastějším a nejzávažnějším problémem. Tuto kategorii obsadila špatná technika kojení, kterou udávalo celých 34% respondentek. Druhá nejčastější komplikace byla psychika ženy a nedostatek mléka. Tyto obtíže mělo 26% žen. 22% respondentek označuje jako problém bolestivé bradavky, 18% žen mělo potíže při růstovém spurtu a 14% žen mělo ragády na bradavkách. Bolestivá prsa byla hlavním důvodem přerušení laktace pro 12% respondentek, špatnou techniku přisátí dítěte k prsu udávalo 8% respondentek. Nalítá prsa či silný vypuzující reflex udávalo 6% žen a pouhá jedna respondentka z padesáti měla vpáčené bradavky.

Dále jsme zjišťovali, jaké pocity má žena při problémech s laktací. Překvapilo nás, že 74% žen udávalo nepříjemné pocity při kojení jako jsou bolest, pálení, řezání či tlak. Tyto potíže pramení nejčastěji ze špatné techniky přiložení dítěte a špatného přisávání dítěte, které podnítl tvorbu ragád, kvasinkového onemocnění nebo zánětu prsu. 26% respondentek pak přímo uvádělo, že jejich špatná technika kojení přímo narušila jejich psychiku a stres vyvolaný z pocitu, že nedokáží nakrmit své dítě, měl negativní dopad na tvorbu mléka. Tím se nám **potvrdila hypotéza 3**, kdy jsme předpokládali, že psychika ženy bude mít velký vliv na kvalitu laktace. Pocit, že dítě má v období růstového spurtu nedostatek mateřského mléka u 18% žen vyvolal domněnku, že dítě musí dostat dokrm umělým mlékem. Tento pocit je však zbytečný. Nejlépe se tato situace vyřeší častějším přikládáním dítěte k prsu a stimulací prsních bradavek k vyšší tvorbě mléka. Dokrmem se dítě zasytí, avšak tvorba mléka se nezvýší, a je ho pak nedostatek. 8% žen mělo pak pocit, že mají nedostatek mléka z důvodu nezvládnuté techniky kojení.

Z první kazuistiky slečny Petry D. jsme zjistily, že největší dopad na spuštění laktace měla skutečnost, že po porodu jí sestry nemohly věnovat tolik péče, kterou by potřebovala, z důvodu časové vytíženosti, ale i špatné organizace práce. Tento fakt způsobil, že dostatečně nezvládla techniku přiložení dítěte k prsu. Laktace se správně spustila až tehdy, když slečna Petra D. měla v domácím prostředí klid a podporu

člověka, který se jí věnoval a vše jí dopodrobna vysvětlil. Laktace se plně rozeběhla a ona i její dcera byly obě s tímto faktem velice spokojené. Po čtrnácti dnech se však potíže vyskytly znovu. Bolesti prsu způsobily, že slečna Petra D. se opět začala obávat o schopnost laktace. Po dalším vyhledání pomoci a po konzultaci s námi však i nadále v laktaci pokračovala a pomocí studených obkladů a jemné masáže postiženého úseku obtíže zažehkala. Díky dostatečné edukaci nenastaly další problémy v období růstového spurtu a slečna Petra D. i nadále svou dceru Lucii plně kojí. I přes těžký porod se tedy laktace spustila díky věnované péči a dostatku času na naučení techniky kojení. Další spolupráce pak zamezila přerušení laktace i přes zánět prsu či růstový spurt dítěte.

Z kazuistiky paní Jany M. jsme zjistili, že největší vliv na laktaci měla špatná psychika. Další negativní dopad měl i fakt, že své dítě viděla až po 17 hodinách od porodu, špatně volenou metodou bylo i uklidnění dítěte glukózovým roztokem. Špatná technika přisátí dítěte pak způsobila poranění bradavek a vznik bolestivých ragád. Všechny tyto okolnosti měly neblahý dopad na psychiku. Laktace se paní Janě M. spustila až po propuštění z nemocnice, když jí na pomoc přijela zkušenější sestra. Kojila pak plně do šestého týdne života dítěte. V tomto období se u dítěte projevil růstový spurt a paní Jana M. znovu měla pocit, že nemůže dát svému dítěti dostatek mléka. I přes doporučení pediatričky začala po kojení dokrmovat Nutrilonem 1 aby svého syna uklidnila a uspala. Tento postup měl však neblahý dopad na laktaci a v osmém týdnu věku dítěte paní Jana M. laktaci úplně přerušila. V současné době své čtyřměsíční dítě nekojí a dává mu i nadále mléko umělé.

Obě tyto ženy prodělaly těžký porod a obě měly v prvních dnech po porodu velké potíže s laktací. Fakt, že nemohly mít dítě od prvních okamžiků neustále u sebe, částečně narušil jejich sebedůvěru a víru ve vlastní schopnosti. Můžeme tedy říct, že se nám tímto **potvrdila hypotéza číslo 1**, že ženy co prodělaly těžký porod, budou mít častěji problémy s laktací. Dostatečná péče však u slečny Petry D. problémy s laktací zahkala a její dcera je plně kojená i v současnosti.

Je velmi důležité, aby si personál v praxi našel dostatek času na důkladnou edukaci žen o kojení. Dítě by se mělo přisát ještě na porodním sále, a to do prvních dvou hodin života, kvůli stimulaci tvorby mléka. V případě že matka chce plně kojít, by se novorozenci neměl dávat glukózový roztok, ani jiný dokrm na uklidnění.

## ZÁVĚR

Prostudování literatury nám pomohlo ke stanovení cílů práce, kterých jsme dosáhli. Při použití metody analýzy z internetových zdrojů jsme zjistili, že největší procento žen přerušuje svou laktaci předčasně v období mezi prvním a třetím měsícem života dítěte a na druhém místě bylo období mezi prvním dnem života dítěte a ukončeným prvním měsícem. Dále jsme zjistili, že nejčastějším problémem při kojení je špatná technika kojení, psychika ženy a nedostatek mléka. Tím se nám potvrdila hypotéza 3, že psychika ženy má velký vliv na laktaci. Zánět mléčné žlázy je až na osmém místě, takže se nám hypotéza 2 nepotvrdila. Dalším naším cílem bylo zjištění, jaké pocity má žena při problémech s kojením. Nejvíce žen uvádělo nepříjemné pocity jako je například bolest, pálení a řezání. Po nepříjemných pocitech ženy uváděly špatnou psychiku z důvodu nezvládnuté techniky kojení.

Další metodou byly dvě kazuistiky, kde jsme využili dostupné zdroje informací, kterými byli přímé pozorování a rozhovor s respondentkou. Obě ženy měly za sebou těžký porod a u obou se vyskytly problémy s laktací. U první respondentky slečny Petry D. měla na laktaci nejhorší vliv skutečnost, že si odborný personál pro svou časovou vyčerpávanost nedokázal najít dostatek času a vše důkladně prodiskutovat a vysvětlit. To mělo za následek nezvládnutí techniky přiložení. Po Propuštění do domácí péče a s naší podporou se laktace plně rozeběhla. Kojení nepřerušilo ani dočasné zatvrdnutí a bolestivost mléčné žlázy, které jsme znovu společnými silami vyřešili. Období růstového spurtu slečna Petra D. zvládla též bez problémů díky potřebné edukaci a dostatečné péči, které se jí dostalo. U druhé respondentky paní Jany M. měl na laktaci neblahý vliv fakt, že pro uklidnění dítěte byl podáván dítěti glukózový roztok. Dále pak špatná technika přisátí dítěte způsobila vznik ragád na dvorci a bolestivé vjemy při kojení ještě více narušily psychiku paní Jany M. Kojení se plně rozeběhlo až po propuštění z nemocnice po pomoci zkušené sestry. V období růstového spurtu se znovu objevily potíže. Nedůvěra ve vlastní schopnost kojit paní Janu M. přes námitky pediatričky dovedla k dokrmování dítěte umělým mlékem po kojení. V osmém týdnu pak přešla úplně na umělou výživu. Fakt, že obě ženy nemohly mít dítě od prvních okamžiků neustále u sebe, částečně narušil jejich sebedůvěru a víru ve vlastní schopnosti. Můžeme tedy říct, že se nám tímto potvrdila hypotéza číslo 1.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

1. BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S. 2007. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Nitra : Fakulta sociálnich vied a zdravotníctva UKF, 2007. ISBN 971-80-89245-03-1.
2. CITTERBART, K. et al. 2008. *Gynekologie*. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
3. ČECH, E. et al. 2006. *Porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X
5. FIALKOVÁ, M. 2005. Třikrát o kojení. In *Porodní asistence*, roč. 1., 2005, č. 1, s. 22-23.
6. GELBARTOVÁ, P. 2009. *Zázrak jménem adoptivní kojení*. [online]. [cit.22.11.2008]. Dostupné na internetu [www.rodina.cz/clanek6816.htm](http://www.rodina.cz/clanek6816.htm).
7. HOFHANZLOVÁ, J. 2007. *Miminko – kojení, výživa, ošetřování, výchova*. Praha : Calendula, 2007. ISBN 80-903971-0-7.
8. KOBILKOVÁ, J. et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
9. MYDLILOVÁ, A. 2007. Standardní praktické pokyny pro kojení. In *Postgraduální Medicína*, 2007, roč. 9, č. 6, s. 16-24.
10. MYDLILOVÁ, A., KUDLOVÁ, E. 2005. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1039-0.

11. MYDLILOVÁ, A. 1999. *Jak úspěšně kojit*. [online]. [cit. 18.10.2008]. Dostupné na internetu [www.rodina.cz/clanek162.htm](http://www.rodina.cz/clanek162.htm).
12. MYDLILOVÁ, A. 1999. Zásady úspěšného kojení [online]. [cit. 18.10.2008]. Dostupné na internetu [www.rodina.cz/clanek185.htm](http://www.rodina.cz/clanek185.htm)
13. PAŘÍZEK, A. 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-594-9.
14. PAŘÍZEK, A. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
15. PAULOVÁ, M., MYDLILOVÁ, A. 2000. *Jak kojit*. [online]. [cit. 18.10.2008] Dostupné na internetu [www.rodina.cz/clanek687.htm](http://www.rodina.cz/clanek687.htm).
16. PAULOVÁ, M. 2000. *Kojení*. Praha : Vašut, 2000. ISBN 80-7236-194-5.
17. PAULOVÁ, M. 1999. *Mateřské mléko – vzácný dar přírody*. [online]. [cit. 20.10.2008]. Dostupné na internetu [www.rodina.cz/clanek161.htm](http://www.rodina.cz/clanek161.htm).
18. SCHNEIDROVÁ, D. et al. 2006. *Kojení*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-1308-X.
19. SCHNEIDROVÁ, D. 2004. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v české republice na konci 90. let*. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0920-7.
20. SCHNEIDROVÁ, D., et al. 2002. *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0112-X.
21. WEIGERT, V. 2006. *Všechno o kojení*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.
22. ZAMARSKÁ, J., AUINGEROVÁ, I. 2006. *Kojení – praktické rady pro maminky*.



Brno : Computer press, 2006. ISBN 80-251-0772-8.

23. ZWINGER, A. et al. 2004. *Porodnictví. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1** Anatomické uspořádání mléčné žlázy

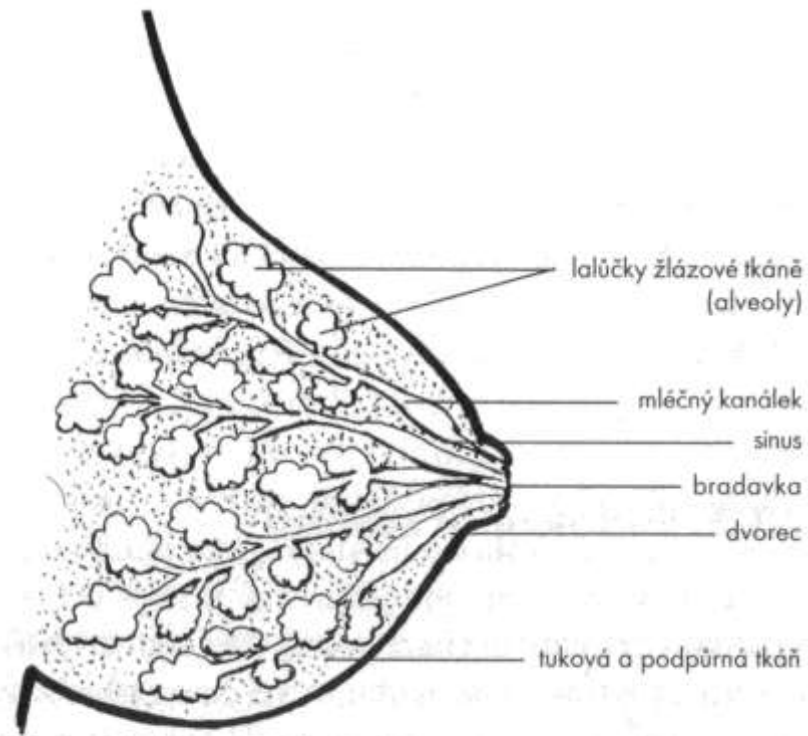
**Příloha 2** Hladiny hormonů v průběhu těhotenství

**Příloha 3** Hormonální řízení galaktopoézy

**Příloha 4** Diferenciální diagnóza zánětlivých onemocnění mléčné žlázy

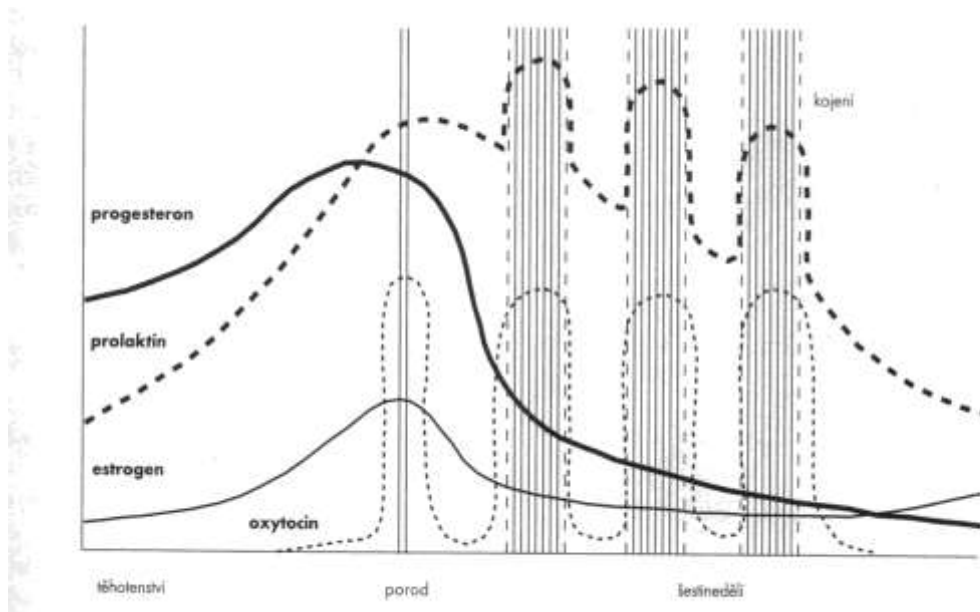
**Příloha 5** Vyvolání laktace

**Příloha 1** Anatomické uspořádání mléčné žlázy (Zwinger et al., 2004, s. 158)



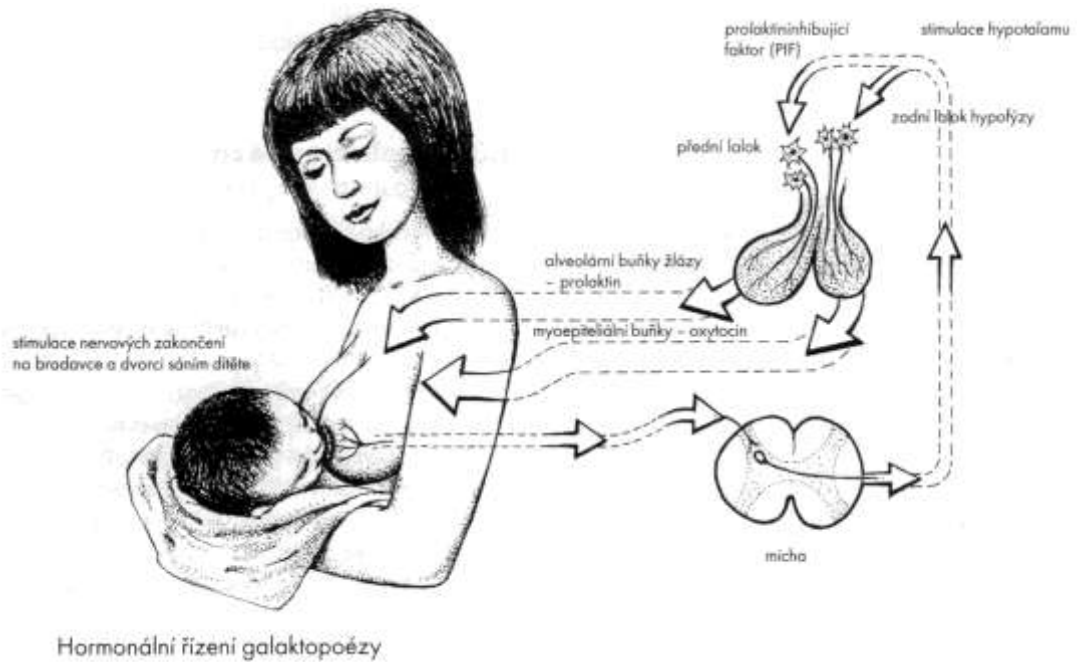
Anatomické uspořádání mléčné žlázy

**Příloha 2** Hladiny hormonů v průběhu těhotenství (Zwinger et al., 2004, s. 161)



Hladiny hormonů v průběhu těhotenství a po porodu

**Příloha 3** Hormonální řízení galaktopoézy (Zwinger et al., 2004, s. 160)



**Příloha 4** Diferenciální diagnóza zánětlivých onemocnění mléčné žlázy  
(Zwinger et al., 2004, s. 449)

Diferenciální diagnóza zánětlivých onemocnění mléčné žlázy

Příznak	nalití prsů	retence mléka	mastitida
Vznik	postupně v 1. týdnu	postupně kdykoli	náhle po 1. týdnu
Místo	oba prsy celé	jeden prs	jeden prs
Místní příznaky	oba prsy celé	lokálně chladný otok zarudnutí +	lokálně horký otok zarudnutí +
Bolest	celkově, mírná	místně, mírná	místně, prudká
Teplota	do 38,5 °C	do 38,5 °C	nad 38,5 °C
Celkový stav	bez alterace	bez alterace	alterace

**Příloha 5** Vyvolání laktace (Zwinger et al., 2004, s. 160)

