

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.,PRAHA 5

# **PROBLEMATIKA VÝŽIVY KOJENCŮ A BATOLAT**

Bakalářská práce

KLÁRA FRÁNOVÁ

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Stupeň vzdělání: Bakalář

Vedoucí práce: Mgr Jitka Havlánová

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem svou práci na téma "Problematika výživy kojenců a batolat" zpracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním využitím mé práce a jejímu poskytnutí pro studijní účely.

V Plzni dne

KLÁRA FRÁNOVÁ

.....

## **ABSTRAKT**

FRÁNOVÁ, Klára. Problematika výživy kojenců a batolat. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlánová. Plzeň. 2013.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku týkající se výživy kojenců a batolat. Cílem teoretické části práce je seznámit laickou i odbornou veřejnost s tímto citlivým tématem, přehledně upozornit na jednotlivé oblasti dětské výživy a její specifika, ať už kojení, výživu umělými mléčnými formulami, a nebo zavádění pevné stravy do jídelníčku dítěte. Teoretická část také hodnotí potřeby dítěte vzhledem k jeho optimálnímu vývoji, seznamuje též s výživou nedonošených dětí.

Nosnou částí práce je část praktická. V této části je práce zaměřena na informovanost matek o možnostech výživy, dále chce zjistit, jakých případných chyb se matky ve výživě dopouštějí, kde hledají nové informace. Aby byl průzkum co nejspolehlivější, byla zvolena metoda předvýzkumu. Na základě tohoto šetření matky odpovídaly na nový dotazník. Dále byla zvolena metoda rozhovoru, jejíž snahou bylo pochopit a zachytit jednotlivé kroky ve volbě výživy, jež matky postupují. Díky cenným informacím z daného šetření byla zpracována jednoduchá informační brožura, v níž jsou vytyčeny jednotlivé kroky ve stravování dětí, které jinak byly pro maminky zmatečné.

Klíčová slova:

Antropometrické parametry. Batole. Kojenec. Kojení. Novorozenec. Příkrm. Umělá mléčná formule. Výživa.

## **ABSTRACT**

Fránová, Klára. Nutrition problems of infants and toddlers. Institute of Health o.p.s., Qualification degree: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Jitka Havlánová. Pilsen. 2013.

This thesis is focused on issues relating to the nutrition of infants and toddlers. The theoretical part of the work is to inform both general and professional public with this sensitive topic. Clearly highlight the different areas of child nutrition and its specifications. Breastfeeding, artificial milk formulas or introducing solid foods to the diet of the child. The theoretical part also assesses needs of the child for its optimal development. And also introduces nutrition for premature infants.

Main part is the practical part. This part of the thesis is focused on the awareness of mothers about nutrition. Thesis also wants to find out what, if any, errors are committed in the nutrition of infants by mothers. And where do they search for new information. In order to have research most reliable, I used the method of preliminary research. Based on this investigation, mothers responded to new questionnaire. In addition, the interview method was chosen, whose goal was to understand and capture the individual steps in the choice of nutrition, which mothers proceed. With valuable information from the survey simple information booklet was made, in which the individual steps are outlined which would be otherwise confusing for moms in the diets of children.

Tags:

anthropometric parameters. Toddler. Infant. Breastfeeding. Newborn. Dish. Artificial milk formula. Nutrition.

# Obsah

ABSTRAKT	3
ABSTRACT	4
ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Přirozený způsob výživy novorozence a kojence	8
1.2 Složení kolostra a zralého mateřského mléka	8
1.3 Fyziologie tvorby MM a kojení	9
1.3.1 Anatomie prsu a mléčné žlázy	9
1.3.2 Fyziologie tvorby mateřského mléka	10
1.3.3 Předpoklady pro sání dítěte	10
1.3.4 Předpoklady úspěšného kojení	11
1.3.5 Nejčastější obtíže při kojení	11
1.3.6 Kojení ve zvláštních situacích	13
1.3.7 Rizika a kontraindikace kojení	13
1.4 Možnosti umělé kojenecké výživy	15
1.4.1 Umělá výživa donošeného dítěte formulemi z kravského mléka	15
1.4.2 Modifikace fyziologických formulí	16
1.4.3 Umělá výživa dítěte formulemi ze soji	16
1.4.4 Speciální formule pro léčbu ABKM	17
1.4.5 Formule k léčbě metabolických poruch	17
1.5 Výživa kojenců při průjmovém onemocnění	17
1.6 Nemléčné příkrmy, solidní strava a její zavádění	18
1.6.1 Zavádění příkrmu u fyziologického nekojeného dítěte	18
1.6.2 Zavádění nemléčných příkrmů u kojenců s vyšším rizikem alergie ABKM	19
1.6.3 Přídavky ke kojenecké výživě	20
1.6.4 Alternativní výživa kojence	21
1.6.5 Označení kojenecké stravy, pravidla propagace	21
1.6.6 Voda používaná k přípravě kojenecké stravy	21
1.7 Umělá perorální výživa nezralého novorozence	22
1.7.1 Požadavky na výživu děti s nízkou porodní hmotností	22
1.7.2 Energetická potřeba a mateřské mléko	23
1.7.3 Formule pro předčasně narozené děti a enterální výživa	24
1.8 Definice neprospívání, antropometrické parametry a jejich měření	25
1.8.1 Antropometrické parametry a jejich měření	25

1.8.2	Hmotnost	26
1.8.3	Výška/ délka	26
1.8.4	Růstové tempo	26
1.8.5	Obvod hlavy	27
2	PRAKTICKÁ ČÁST	28
2.1	Úvod	28
3	Výsledky průzkumu a jejich analýza	30
3.1	Rozbor jednotlivých položek- profil respondentů	30
3.2	Rozbor jednotlivých položek- výsledky průzkumu	32
3.3	Rozbor jednotlivých položek- zhodnocení otevřených otázek	41
3.4	Rozbor jednotlivých položek- výsledky metody rozhovoru	49
4	DISKUZE	50
5	ZÁVĚR	52
	SEZNAM LITERATURY	53
	SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	54
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	55
	SEZNAM TABULEK	56
	SEZNAM GRAFŮ	57
	SEZNAM PŘÍLOH	58
	Dotazník	59
	Opis vzorového rozhovoru:	61
	Čestné prohlášení o sběru dat	63
	Informační brožura	64

## ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali problematiku výživy kojenců a batolat. Důvodem pro naše rozhodnutí bylo několik kroků, jednak se domníváme, že jde o velmi citlivé téma týkající se vývoje dětí, správná výživa má velký význam pro správný růst a vývoj a jednak jsme se rozhodovali na základě praxe ve výrobně kojenecké stravy a sběrně mateřského mléka.

Cílem teoretické části práce je přiblížit matkám i odborné veřejnosti vybranou problematiku tak, aby byla co nejsrozumitelnější. Popisuje jednotlivé kroky ve výživě a její úskalí. Věnuje se kojení a problémům spojeným s ním, výživu umělými mléčnými formulami donošených dětí, nezralých novorozenců, ale i dětí se zdravotní problematikou. Praktická část práce má za cíl zjistit, jaká je míra informovanosti matek o jednotlivých krocích výživy jejich dětí. Cíleným průzkumem zjišťujeme, jaké mají maminky informace, vyhodnotíme, zda jejich kroky jsou správné a do jaké míry se dopouštějí chyb.

Ještě než jsme začali provádět vlastní výzkum, provedli jsme předvýzkum - sondu, abychom předešli případnému nedorozumění v jednotlivých položkách dotazníku a došlo tak k lepšímu stanovení hypotéz. Sondy se zúčastnilo 20 maminek, které byly hospitalizovány se svými dětmi na Oddělení kojenců a batolat a na Oddělení větších dětí ve Fakultní nemocnici Lochotín. Aby bylo šetření co nejpřesnější, použili jsme též metody otevřených otázek a nový dotazník, jež je součástí přílohy. Na obě tyto metody odpovídalo 86 žen, které byly se svými dětmi hospitalizovány tamtéž. Dále bylo použito metody rozhovoru, ten byl proveden s 15 ženami, opis vzorového je v příloze.

V závěru práce shrnujeme data z šetření a přikládáme v příloze návrh informační brožury. Dále plánuje vznik edukačního programu.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Přirozený způsob výživy novorozence a kojence

Epidemiologický výzkum poukazuje u kojeného dítěte na nižší riziko řady akutních i chronických onemocnění. Výzkum ve vyspělých zemích prokazuje, že u kojených dětí byl mnohem menší výskyt průjmových a respiračních onemocnění, infekcí močových cest, bakteriemií, bakteriálních meningitid a jiných dalších onemocnění.

Existují též studie prokazující zdravotní výhody kojení pro matku. Pokud matka začne kojit časně po porodu, zvyšuje se hladina oxytocinu, což vede k méně intenzivnímu poporodnímu krvácení a včasnému zavínování dělohy. Kojící žena má pozdější nástup ovulace a rychleji dosahuje své předporodní váhy. Z dlouhodobého hlediska mají kojící ženy nižší riziko karcinomu prsu a ovárií a fraktur kyčle v klimakteriu. Kojení má nejen zdravotní výhody pro matku i dítě, ale také sociální a ekonomický přínos pro celou společnost.

"Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond OSN (UNICEF) doporučují výlučné kojení po dobu šesti měsíců, zavádění nemléčných příkrmů až po šestém měsíci věku a pokračování kojení s příkrmem do věku dvou let i déle. (FRÜHAUF, 2003, s. 8)"

## 1.2 Složení kolostra a zralého mateřského mléka

Složení mateřského mléka (MM) přesně odpovídá nárokům vyvíjejícího se dítěte. Mění se v průběhu prvních dnů (kolostrum, přechodné a zralé MM), v průběhu dne i jednoho jediného kojení. Kolostra se tvoří mnohem méně, obsahuje více bílkovin, méně tuků a cukrů než zralé MM. Pokud matka trpí mírnou podvýživou, produkuje spíše méně mléka než mléko výrazně deficitní v některých složkách. Průměrná kalorická hodnota MM je asi 67 kcal/100 ml mléka.

1. "Bílkoviny- jsou nejstálější složkou MM (průměrně 0,9-1,3 g/100 ml= 7-10% kalorické hodnoty). Jejich obsah v MM nezávisí na stravě matky, pokud netrpí proteinovou podvýživou. (FRÜHAUF, 2003, s. 10).“ Hlavní bílkovinou MM je laktalbumin 0,26g/ 100 ml. Díky poměru laktalbuminu a kaseinu (70:30) a díky nižšímu zastoupení kaseinových frakcí je MM snadno stravitelné a tranzitní čas v žaludku je proto krátký, proto je také rozdíl v počtu krmení u kojených dětí a u dětí na mléčných formulích, protože oba druhy mléka mají rozdílnou kvalitu tráveniny. Část bílkovinných složek MM se řadí mezi prebiotika, jejich vyznám je zásadní pro osídlení zažívacího traktu a jeho správnou funkci. Z aminokyselin je v MM vysoký obsah taurinu a cysteinu.

2. Tuky- tuky a jejich metabolity mají velký význam ve vývoji a růstu dětí. Jsou zdrojem energie a jsou nosiči informací pro fyziologické regulace. "V kolostru jsou 2g/ 100 ml, ve zralém mléce asi 3,84,5g/100 ml. (FRÜHAUF, 2005, s. 13).“ Tuk je nejvariabilnější složkou MM. V mléce různých žen se může obsah tuku měnit, rovněž obsah tuku kolísá v průběhu 24 hodin a dokonce se významně mění během jediného



kojení. Tzv. „zadní“ mléko má 4-5x více tuku než mléko „přední“. Tento jev je důležitý pro regulaci příjmu potravy dítěte. Množství vypitého mléka požadovaného k nasycení se neřídí pouze objemem, ale spíše jeho kalorickou hodnotou. Asi 90% tuku je tvořeno kapénkami triglyceridů. Z mastných kyselin je 42% nasycených a 57% nenasycených ( $\Omega 3$ ), hlavně kyseliny linoleová, linolová, arychidonová aj. Nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem mají význam pro myelinizaci a vývoj CNS a sítnice. Tuk MM je v prvních měsících tráven hlavně lipázou, která je přítomna v MM, jelikož sekrece pankreatické lipázy je u novorozence nedostatečná. Lipáza MM je termolabilní a pasterizací se inaktivuje.

3. Cukry - v MM převažuje laktoza, dále je v MM přítomna fruktoza a malé množství jiných oligosacharidů. V kolostru jsou asi 4% laktozy, ve zralém mléce asi 7%. Laktoza je štěpena na glukozu a galaktozu, která je nezbytná pro tvorbu galaktolipidů, jež jsou důležité pro tvorbu CNS. Laktoza usnadňuje resorpci vápníku a železa, nepřímo podporuje kolonizaci trávicího traktu laktobacilem

4. Vitamíny- jejich obsah v MM kryje potřebu zralého novorozence, někdy však může kolísat podle potřeby matky. Protože kolísá v MM obsah tuků, může se rovněž měnit obsah vitamínů rozpustných v tucích. Množství vitamínu A, jež je nezbytný pro sítnici oka a integritu sliznic, je v naší populaci dostatek. V kolostru je jeho obsah dvakrát vyšší než ve zralém mléce. Rovněž vitamínu K je více v kolostru. Vzhledem k možnému výskytu hemoragické nemoci novorozence je doporučeno děti plně kojené v prvním půl roce života suplementovat vitamínem K. Pokud mají ženy ve stravě dostatek nenasycených mastných kyselin, mají v MM dostatek vitamínu E. Obsah vitamínu D je v MM nízký. V České republice se doporučuje i plně kojeným dětem deprivovaným od slunečního záření vitamín D dodávat.

5. Minerální látky a stopové prvky- koncentrace důležitých minerálů a prvků je v mléce žen, které netrpí nedostatkem optimální. Celkové množství minerálních látek je v MM nižší než v kravském mléce. Obsah minerálů odpovídá potřebám dítěte a zralosti jeho renálních funkcí. Kojené dítě zdravé matky, jež má pestrou a vyváženou stravu, není ohroženo nadbytkem ani nedostatkem minerálů a stopových prvků. Pokud je strava ze strany matky nějak omezována, či v ní z nějakého důvodu chybí určité složky (zejména jod či zinek), lze tyto prvky vhodně suplementovat potravinovými doplňky a úpravou jídelníčku.

6. Nenutritivní složky MM- je nutné zmínit hormony a enzymy. V MM je větší množství oxytocinu, prolaktinu, TSH, nadledvinkových steroidů aj. Stále jsou objevovány nové složky MM a je objasňován jejich význam pro růst a vývoj dítěte. MM obsahuje růstové faktory, proteolytické enzymy a obranné látky. Stejně tak spoustu dalších složek, o jejichž významu zatím nevíme a jistě plno dalších, na jejichž objevení se dosud čeká.

## **1.3 Fyziologie tvorby MM a kojení**

### **1.3.1 Anatomie prsu a mléčné žlázy**

Základními strukturami v prsu jsou žlázová a svalová tkáň. Pojivová a podpůrná tkáň s tukovým polštářem obklopují prsní žlázu. Výživu a dodávku živin zajišťují krevní a lymfatické cévy. Dále je v prsní žláze pletěň nervových vláken pro tvorbu

a vylučování MM. Zevně rozlišujeme vlastní prs, prsní dvorec a bradavku. Uspořádání žlázy je segmentární se segmenty, jež jsou uspořádány kolem bradavky. Žlázová tkáň je tvořena alveoly, to jsou kulovité shluky sekrečních buněk. Kolem celého vývodního systému žlázy jsou umístěny kontraktilní svalové buňky. Vývodné cesty, vedoucí mléko z alveolů směrem k bradavce, se pod dvorcem rozšiřují a vytvářejí sinusy, ve kterých se mléko shromažďuje. Směrem ke špičce bradavky se vývody opět zužují, asi 10-15 těchto vývodů ústí na jejím vrcholu. Na kůži dvorce vystupují Montgomeryho žlázy, které produkují sekret s mírně desinfekčním efektem, který dvorec v těhotenství a při kojení zvláčňuje. Inervace bradavky a dvorce je senzoričká, zatímco žláza je pod vlivem autonomního nervstva. Porucha inervace a oslabení senzoričkých vjemů nevhodným používáním pomůcek při kojení, či otokem dvorce, zasahuje negativně do regulačních dějů rozhodujících o úspěchu při kojení.

### 1.3.2 Fyziologie tvorby mateřského mléka

Příprava mléčné žlázy pro kojení probíhá celou dobu těhotenství, nejintenzivnější je v posledním trimestru těhotenství. Laktace- tvorba MM je zajišťována souborem hormonů (nejčastěji estrogeny, vestaveny, placentární hormony, růstový hormon, inzulin a hormony štítné žlázy).

Základní hormony, jež se podílejí na růstu mléčné žlázy, tvorbě mateřského mléka a kojení jsou prolaktin a oxytocin. Prolaktin se ve větší míře tvoří v noci, proto je noční kojení pro udržení tvorby mléka zvláště vhodné. Působí matce relaxaci, takže je matka schopná dostatečného odpočinku a také přispívá k potlačení ovulace. Oxytocin vyvolává děložní stahy po porodu, a podílí se na odloučení placenty. Oxytocinový reflex je děj, při kterém je oxytocin vyplavován do krve matky, ještě než dítě začne sát, pokud tento jev nefunguje dostatečně (vyčerpání matky, trpí nějakou bolestí...), tvorba mléka se může skutečně snížit či zastavit. Porodem placenty se mléko začne tvořit ve větším množství, protože končí inhibice tvorby placentárních hormonů. Celý tento proces je výrazně stimulován včasným přiložením dítěte k prsu časně po porodu a to asi do 30 minut. Asi do dvou hodin po porodu je v těle matky nejvyšší hladina prolaktinu a oxytocinu, této hladiny už nikdy v průběhu celého kojení nedosáhne. Pod vlivem prolaktinu zůstává tvorba mléka asi dva měsíce po porodu, dále se dosahuje bazální hladiny, kterou měla žena před otěhotněním, řízení tvorby a uvolňování MM je pak na žláze samotné. Toto autonomní řízení je jednodušší a rychlejší. Platí, že čím více se žláza vyprázdní, tím více mléka se tvoří. Exteroreceptory na bradavce lze stimulovat i jinak než kojením, například odšťíkáváním či masážemi, a to zejména ve chvíli, kdy dítě nemůže být z nějakého důvodu přiloženo k prsu. Rovnováha mezi mírou stimulace a vyprazdňováním MM je aktivní po celou dobu kojení.

### 1.3.3 Předpoklady pro sání dítěte

Většina novorozenců je schopna od první chvíle efektivně sát, avšak anatomické odchylky různé závažnosti mohou efektivitu sání omezit či znemožnit.

"Podmínky pro efektivní sání dítěte jsou:

1. Intaktní CNS a periferní inervace
2. Celistvé měkké a tvrdé patro, vhodně klenuté

3. Volný a normálně pohyblivý jazyk
4. Přiměřeně velká brada
5. Volné mandibulofaciální skloubení
6. Průchodný nos
7. Správný pohyb jazyka- peristaltická vlna zpředu dozadu (FRUHAUF, 2003, s. 17)"

Aby dítě dobře sálo, musí mít funkční sérii reflexů a jejich vzájemnou koordinaci. Tyto reflexy jsou tři- hledací, sací a polykací a jsou přítomny asi od 32. týdne těhotenství.

### **1.3.4 Předpoklady úspěšného kojení**

Technika a režim kojení rozhodují o jeho bezproblémovém chodu od prvního přiložení k prsu. Správná technika je mimo jiné základním kamenem úspěchu při kojení. Technika kojení není složitá, přesto její chybné provádění je základem většiny neúspěchů v kojení. Kojení nesprávnou technikou působí matce bolest, poranění bradavek, někdy i onemocnění prsu, retenci mléka či mastitidu. Nesprávná technika často vede k zástavě kojení. Základem správného přiložení dítěte k prsu je pohodlná poloha matky a správná vzájemná poloha matky a dítěte, správné držení a podání prsu a efektivní sání dítěte.

Hlavní zásady kojení podle Doporučení pro výživu kojenců a malých dětí (WHO, UNICEF)

1. časné zahájení kojení- do 2 hodin po porodu, nejlépe do 30 minut
2. výlučně kojení- dítě je pouze kojeno, nedostává nic, kromě mateřského mléka
3. kojení podle dítěte- délka i frekvence jednotlivých kojení se řídí podle signálů dítěte, dítě není ničím omezováno v přístupu k prsu, období výlučného kojení v délce 6 měsíců, zavádění vhodného a bezpečného příkrmu od 6. měsíce
4. pokračování kojení- v kombinaci s vhodným příkrmem do 2 let věku dítěte i déle.

Při správně vedeném začátku laktace, přikládání dítěte k prsu dle jeho potřeb ve dne i v noci a správnou technikou se indukuje nástup tvorby vlastního mléka 40- 48 hodin po porodu. Je menší váhový úbytek i intenzita novorozenecké žloutenky.

### **1.3.5 Nejčastější obtíže při kojení**

Pokud se dodržují správná režimová opatření a dítě i matka se od počátku naučí správné technice kojení, lze všem nezdarům vhodně předcházet. Pokud jsou nezávažné komplikace vhodně řešeny, nemohou nikdy laktaci ohrozit.. Neodborné řešení, neochota matky či její nedostatečné sebevědomí, mohou k selhání laktace přispět.

Obtíže ze strany matky:

1. Ploché, málo vytažitelné či vpáčené bradavky- vhodnou přípravou bradavek v těhotenství se dá situace hodně zlepšit, jinak tento stav může kojení zcela znemožnit. Jsou vhodné masáže bradavek, otužování, nošení speciálních vložek v podprsence, či speciální kloboučky při samotném kojení.

2. Pozdní nástup laktace- u některých žen se zvýšené množství mléka objeví až 5.-6. den po porodu i později. Toto období lze překlenout podáním pasterizovaného MM alternativním způsobem, ale vždy až po přiložení k prsu.

3. Bolestivé nalití prsů- vzniká neplynulým vyprazdňováním prsu dítětem v prvních dnech, špatnou technikou kojení. Úlevu přinášejí studené obklady a šetrné reflexní masáže, či odstříkání těsně před kojením, aby se dítě mohlo efektivně přisát.

4. Poškození bradavek- ragády- tyto i jiné léze bradavek jsou výsledkem špatné techniky kojení. K poškození bradavek stačí jedno špatné přiložení dítěte.

5. Retence mléka- tento termín označuje bolestivé zarudnutí a ztuhnutí části prsu. Odpovídá segmentu mléčné žlázy a povodí jejího vývodu. Retence může být provázena vysokou teplotou a bolestí. K jejímu vzniku přispívá nedostatečné vyprazdňování žlázy, nevhodná poloha matky a dítěte, podstatou je však blokáda jednoho z vývodů buněčným odpadem a zaschlým mlékem. Pomáhají ledové obklady, obklady z tvarohu, prohřátí a masáž žlázy s odstříkáním. Retence není důvodem k přerušení kojení, někdy jimi matky trpí i opakovaně.

6. Mastitida- jde o zánět mléčné žlázy, v prvních dvou týdnech po porodu je vzácná, jedná se spíše o zatvrdnutí. Komplikací často bývá absces s nutností šetrného chirurgického zákroku. Léčí se antibiotiky a antipyretiky, doporučuje se klid na lůžku. Opět není nutné přerušovat kojení.

Obtíže ze strany dítěte:

1. "Ikterický novorozenec- ikterické dítě je spavé a méně se hlásí k pití, proto je někdy třeba jej stimulovat, aby neklesala tvorba MM. Projímavý účinek kolostra zbavuje dítě smolky, která je rezervoárem bilirubinu. Včasné a dostatečné kojení snižuje enterohepatální oběh bilirubinu a tím intenzitu ikteru. (FRÜHAUF a kol., 2003, s. 26)."

2. Dítě s rozštěpem patra- v tomto případě je kojení velmi obtížné, ale je možné. Prs musí být před kojením zformován odstříkáním a dítě je spíše ve vertikální poloze, aby tkáň prsu zakryla dítěti defekt a to mohlo polykat. Při vlastním pití lze dítěti pomáhat současným odstříkáním mléka do úst.

3. Novorozenec s podezřením na gastroezofageální reflux (GER)- časté ublinkávání, pláč a neklid, občasné apnoické pauzy a neprospívání kojeneho dítěte vedou k podezření, že dítě trpí GER. Začíná se neinvazivní konzervativní léčbou. Mezi obecné zásady patří kojit dítě málo a často, kojit ve zvýšené poloze a po pití nevynechat říhnutí. Dítě by mělo být po 24 hodin, v postýlce i kočárku, ve zvýšené poloze. Po ublinknutí se doporučuje dát dítěti znovu napít, aby se uklidnilo. Pokud se potvrdí podezření na GER, je vhodné mléko dítěti zahustit, dále se pak sleduje kvalita a konzistence stolice.

4. Dítě s nesprávnou technikou sání- zmatené lahví či dudlíkem. Dítě, které bylo určitou dobu krmeno láhví s dudlíkem, se naučí stavět jazyk do polohy, která brání

rychlému toku mléka z láhve, nenaučí se správně pohybovat jazykem proti patru a saje jen podtlakem. Po přiložení k prsu se pouští a není schopno se správně přisát. Je proto nutné zvažovat, zda je nutné děti krmit z láhve, alternativní krmení nabízí několik možností bez ohrožení dysfunkčního sání.

### **1.3.6 Kojení ve zvláštních situacích**

Oddělení dítěte od matky komplikuje tvorbu MM. I nezralé či nemocné děti mají právo být krmeny MM, matky proto v těchto situacích mléko odšťikávají. Matky by měly odšťikávat po 2-3 hodinách a alespoň 2x v noci, stejně tak, jako by asi kojily své dítě. Hned, jak to stav dítěte dovolí, je vhodné, byť krátce, dítě k prsu přiložit. Neomezená pomoc a motivace zdravotníky je v takových případech nezbytná. Mezi tyto zvláštní situace patří kojení dvojčat. Z počátku je nutné matce pomoci, zejména kojí-li obě děti současně, což je ideální pro všechny tři. Střídavé kojení je časově náročné a část mléka uniká. Pokud je mezi dvojčaty větší váhový rozdíl, doporučuje se, aby mělo každé z dětí svůj prs. Dále sem patří kojení dětí s nízkou porodní váhou. Tyto děti by měly být přednostně živěny vlastním MM, protože mléko matky, která rodila v termínu se může výrazně lišit. Snahou je opět přiložit nedonošené dítě co nejdříve k prsu.

### **1.3.7 Rizika a kontraindikace kojení**

#### **1.3.7.1 Nutriční rizika**

##### **1. Strava dítěte**

"Riziko a kontraindikace pro kojení existuje pouze v případě, má-li dítě specifické výživové nároky. Tímto rizikem je například galaktosemie- deficit galaktoso-l- fosfát uridylyltransferázy. Při klasické variantě této nemoci není v erytrocytech novorozence prokazatelná aktivita tohoto enzymu a dítě tak nesnáší ve stravě laktozu. Další typ této nemoci má částečnou aktivitu tohoto enzymu a je schopno určité množství laktozy tolerovat. Pokud dítě laktozu netoleruje, nemůže být živěno mlékem.

Další výjimku tvoří fenylketonurie. Ta vyžaduje zavedení speciálně upravené stravy tak, aby se snížil příjem fenylalaninu. Dítě může být částečně kojeno a rovněž dostává část mléka zbaveného fenylalaninu. Hladina fenylalaninu je v MM nízká, takže jisté výhody kojení mohou být pro dítě zachovány. (FRUHAÜF a kol., 2006, s. 33)."

##### **2. Strava matky**

Kojení se doporučuje i u matek, jejichž stav a způsob výživy není z hlediska nutričních doporučení zcela ideální. Pokud žena dodržuje některý z alternativních způsobů výživy, jako vegetariánství či veganství, měla by být seznámena s jistým nutričním deficitem v jejím MM. Situaci alternativně se stravujících žen lze vyřešit přidáním vhodných potravinových doplňků k jejich stravě. Pokud matka tyto výživové doplňky odmítá, je vhodné doplnit stravu dítěte. Nevhodná výživa matky však není kontraindikací kojení, jelikož některé z výhod kojení zůstávají zachovány.

### 1.3.7.2 Infekční onemocnění matky

1. "HIV/AIDS a HTLV-1 jsou skutečnou kontraindikací kojení a výživy MM. Riziko přenosu viru kojením či MM je 5- 20%. Riziko primoinfekce kojením existuje, virus byl opakovaně v mléce prokázán. Nejhorší variantou pro dítě HIV pozitivní matky je výživa smíšená, jelikož dochází ke kombinaci negativ z obou stran. Současné doporučení WHO /UNICEF je kojit tam, kde jiné riziko je primární příčinou úmrtí. (FRÜHAUF a kol., 2004, s. 31)."

2. Tuberkulóza- kojení není kontraindikováno u žen s pozitivním tuberkulinovým testem, které nemají známky aktivity nemoci. Ženy, které mají čerstvou TBC infekci, nesmí po porodu zůstat v kontaktu s dítětem. Dítě ohrožuje kapénkový přenos nákazy, proto matka může mléko odstříkávat, protože mycobacterium se mlékem nepřenáší. Jakmile se matka zaléčí, je BK negativní, může začít kojit.

3. Hepatitidy- riziko přenosu, expozice a možnost léčby při onemocnění matky se u jednotlivých druhů hepatitid liší. "U hepatitidy A je perinatální přenos na dítě vzácný. Jakmile je matka schopna kojit, doporučuje se dítě přikládat, matka musí úzkostlivě dodržovat hygienu. Po porodu dítěte u HBsAg pozitivní matky je podán nejlépe do 12 hodin po porodu imunoglobulin (Hepatect). Kojení je možné od porodu a před propuštěním domů je nutné dítě přeočkovat vakcínou proti hepatitidě B. Kojení není kontraindikací ani u matek s hepatitis typu C, pokud nemá současně jiné onemocnění a není v těžkém stavu. (FRUHAUF a kol., 2006, s.39)."

4. Infekce virem herpes Simplex- je v novorozeneckém období dosti častá. Plod je obvykle infikován matkou nosičkou při průchodu porodním kanálem. Zdravý novorozenec přesto může být kojen HSV pozitivní matkou, pokud ji nemá zrovna na prsu. V okamžiku, kdy se léze zhojí, může být dítě bez omezení kojeno. Ostatní infekce viry této skupiny (varicella- zoster Virus) mohou ohrozit plod či novorozence podle doby, kdy došlo k nákaze a podle stáří dítěte. Matka, jež neměla neštovice, nemá protilátky ani v mléce, ani v krvi. V mléce se objeví až 5 dní po počátku exantému. Po tuto dobu se dítě chrání specifickým imunoglobulinem. V případě, že se neimunní matka setkala s neštovicemi před porodem a do porodu se neosypala, měla by být od dítěte izolována do doby, než se objeví exantém a matka se stane neinfekční, nebo pokud neuplyne inkubační doba. Pokud matka onemocní koncem těhotenství, izoluje se od dítěte ještě 5 dní po výsevu puchýřů a to bez ohledu na způsob výživy. Pokud matka onemocní neštovicemi po porodu, není vhodné kojení přerušovat, dítě se vždy chrání specifickým imunoglobulinem Varitect, dítě přesto pravděpodobně onemocní. Kojené dítě matky s protilátkami je chráněno proti infekci i od nemocného sourozence.

Další kontraindikací kojení je samozřejmě užívání drog, jež se spolu s MM dostávají do oběhu novorozence, vyvolávají tak závislost a s tím spojené abstinenční příznaky.

Kontraindikací není, kojí-li již matka staršího sourozence, má-li však dostatek mléka pro obě děti, jde o tzv. „kojení v tandemu“.

## 1.4 Možnosti umělé kojenecké výživy

### 1.4.1 Umělá výživa donošeného dítěte formulemi z kravského mléka

#### 1.4.1.1 Počáteční- startovací formule

Na našem trhu jsou nejobvyklejšími právě ty formule, jejichž výchozí surovinou je kravské mléko. Podávají se kojencům, kteří nemohou být živeni kojením. Obvykle bývají spolu s názvem označeny číslem 1. Je možné je podávat jako náhradu kojení od narození do konce prvního roku života. Srovnáme-li však zralé MM a tyto formule, objevíme jisté rozdíly. V počátečních mlécích bývá bílkovina adaptovaná, to znamená, že poměr syrovátkové bílkoviny a kaseinu je vyšší nebo roven 1. pro získání vyššího sytícího účinku bývá v některých počátečních mlécích přidán kasein. Tato mléka bývají označována jako *Forte* nebo *Plus*. Kromě laktozy mohou být v těchto formulích i jiné sacharidy (sacharóza či bezlepkový škrob), ale přídavek sacharózy zvyká dítě na sladkou chuť, což vede v budoucnu ke zvýšené kariogenezi chrupu. MM obsahuje též oligosacharidy (prebiotika), jež nejsou v jisté míře absorbovány v tenkém střevě a podílejí se tak na osídlení střeva Laktobacilem a Bifidobakterem. Do některých formulí jsou rovněž přidávána prebiotika, aby se dosáhlo co nejbližší podobnosti MM. Počáteční formule musí obsahovat kyselinu linolovou a linoleovou. Krmení formulí má být opět přerušeno při prvních známkách sytosti, dítě nemusí vypít celou připravenou dávku. Zástupci: př. Nutrilon 1, BEBA 1, Sunar Baby, HAMI 1

#### 1.4.1.2 Pokračovací formule

"Tato mléka bývají označována číslem 2, jsou určena pro kojence od 4. měsíce věku, nově dle nařízení WHO až od 5. měsíce (aby se předcházelo vzniku obezity) až do skončení batolecího věku. (NEVORAL, 2003, s. 26)." Tyto formule již plně nekryjí potřeby dítěte, a proto se doporučují podávat až po zavedení nemléčného příkrmu do stravy dítěte. Tato mléka mají nižší obsah bílkovin než neupravené kravské mléko a jsou doplňována železem, jodem, zinkem a obvykle i vitamíny A, D, C, E a některá i probiotiky (označena Bifidus) a prebiotiky. Zástupci: př. Nutrilon 1, BEBA 1, Sunar Plus

#### 1.4.1.3 Mléka pro výživu batolat

I po zavedení nemléčného příkrmu, by mělo dítě vypít až 0,5 litru mléka denně, s ohledem na celkové množství bílkovin a kalcia. V batolecím období je možné dodávat pokračovací formule či speciální mléka pro batolata. Ta bývají označena 3, nebo názvem *Junior*. Tyto formule jsou plnotučná mléka fortifikována stopovými prvky a minerály. Zástupci: př. Nutrilon 3, Sunar 3 Original, Hami 3, Junior Bifidus- Nestlé

#### 1.4.1.4 Neupravené kravské mléko a mléka jiných savců

"Tato mléka se nedoporučuje podávat v prvním roce života, a to ani pasterizovaná. Z hlediska složení se jedná o nevhodnou stravu pro kojence (vysoký obsah bílkovin, nízký obsah kyselin linolové a linolenové, podstatně vyšší osmolalita),

hlavně z hygienického hlediska ( nedostatečné tepelné zpracování, způsob zpracování, nedostatek jodu a železa..). (PAULOVÁ, 2000, s. 45)." Pokud by však tato mléka byla dítěti nabízena, je vhodné volit mléko plnotučné, aby byl pokryt denní příjem energie a nedocházelo k neprospívání a karenci esenciálních mastných kyselin a vitamínů rozpustných v tucích.

## **1.4.2 Modifikace fyziologických formulí**

### **1.4.2.1 Mléka antiregurgitací (AR)**

Až 2/ 3 kojenců do 4. měsíce ublinkávají z důvodu nezralosti kardioezofageální junkce. Toto postupně ustupuje anatomickým zráním junkce, ztužováním stravy a psychomotorickým vývojem dítěte. Podstatou úpravy AR formulí je zahuštění mléka škrobem či vlákninou svatojánského chleba- karubinem. Tyto formule jsou obvykle k dostání v počáteční i pokračovací formě mléka. Tyto formule jsou první volbou pro zvládnutí kojeneckého ublinkávání, přesto že nesnižují množství refluxních epizod, ale pouze refluxů až do dutiny ústní. Zástupci: př. Nutrilon AR 1,2, BEBA AR 1,2

### **1.4.2.2 Mléka pro kojence se zvýšeným rizikem alergie na bílkovinukravného mléka - ABKM (parciálně hydrolyzovaná - pHF, hypoantigenní- HA)**

"Za rizikové a indikované k nutriční intervenci jsou kojenci, kteří mají oba rodiče alergiky, či jeden rodič je alergik a starší sourozenec manifestoval ABKM. Pokud tyto děti nemohou být kojeny, podávají se jim mléka s částečně hydrolyzovanou bílkovinou= hypoantigenní (HA). Obvykle jsou tato mléka dostupná v modifikaci počáteční i startovací formule. (FRÜHAUF, 2006, s. 38)." Parciální hydrolýza není dostatečnou ochranou při klinické manifestaci ABKM. Tyto preparáty nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Zástupci: př. BEBA HA1,2, Nutrilon HA1,2, Sunar HA1,2, Hipp HA 1,2

### **1.4.2.3 Kombinované preparáty pro kojence se zažívacími obtížemi**

Jedná se o kombinace AR a HA formulí pro děti s kombinovanými postiženími zažívacího traktu. Zástupci: př. BEBA 1 HA/AR

## **1.4.3 Umělá výživa dítěte formulemi ze soji**

V našich podmínkách je sojových preparátů užíváno jako speciálního dietetika, kde je za potřebí eliminace laktozy a produktů jejího štěpení. Toto je problematické při aktivní ABKM, protože téměř polovina těchto dětí je rovněž alergická na sóju, zvláště při gastrointestinálních projevech alergie. Tyto preparáty je možné použít i pro děti, jejichž matky jim odmítají podávat živočišné produkty. Zástupci: př. Isomil, Nutrilon 1 Soya



## **1.4.4 Speciální formule pro léčbu ABKM**

### **1.4.4.1 Extenzivní proteinové hydrolyzáty (eHF)- hypoalergenní**

Míra hydrolyzované bílkoviny v těchto preparátech musí umožňovat toleranci pro 90-95% alergických kojenců. Zástupci: př. Alfaré, Althera, Nutrilon Allergy care, Nutrilon Allergy care digestive

### **1.4.4.2 Aminokyselinové preparáty**

"Pro část dětí s alergií není hydrolyza dostatečným opatřením, proto je za potřebí k výživě preparáty s bílkovinnou součástí ve formě jednotlivých aminokyselin. Tyto preparáty jsou velmi nákladné a jsou indikovány pro děti s těžkou ABKM, jež nereagují na extenzivní hydrolyzáty, či mají syndrom krátkého střeva nebo trpí malabsorbci. (FRÜHAUF a kol., 2006, s. 40)." Zástupci: př. Neocate, Neocate Advance, SHS-Nutricia

### **1.4.4.3 Preparáty určené pro děti s malabsorbci**

1. Komplexní- tyto preparáty jsou určeny pro děti s komplexní poruchou zažívání (Celiakie, cystická fibroza pankreatu, stavy po resekci tenkého střeva...).

2. Ke zvládnutí intolerance laktozy- tyto formule jsou určeny pro děti po průjemových stavech k rehydrataci či pro děti s velmi vzácným Holzelovým syndromem, které trpí průjmy i při výživě kojením.

Většina průjemových onemocnění však tuto úpravu stravy nevyžaduje, proto po rehydratační fázi mohou kojenci přijímat stravu, která jim byla podávána před onemocněním. Zástupci: př. Al 110, Nutrilon Low laktose, Sunar Alidiar

## **1.4.5 Formule k léčbě metabolických poruch**

Fenylketonurie- diagnostikou a terapií této metabolické poruchy se zabývají screeningová centra a řídí i další terapii dítěte, k níž patří i úprava životosprávy. Zástupci: př. Sinfemix, Milupa PKU 1, 2, 3, Analog P- AM

Formule k léčbě dalších metabolických poruch jsou předmětem distribuce center pro léčbu těchto poruch.

## **1.5 Výživa kojenců při průjemovém onemocnění**

Průjemová onemocnění jsou vcelku vážná onemocnění u dětí do dvou let, jelikož tato věková skupina dětí je velmi hydrolabilní. Výskyt průjemových onemocnění u nekojených dětí bývá častější. Častěji než bakterie jsou vyvolavateli průjmu viry. Pro úspěch terapie je však důležitější správně stanovit stupeň dehydratace. Principem rehydratace je rychlé podání rehydratačního roztoku u kojenců s nižším a středním stupněm dehydratace. Po dobu prvních 4 hodin se doporučuje přerušit výživu

formulemi a podávat u lehké dehydratace 30- 50 ml a u střední dehydratace 50- 100 ml rehydratačního roztoku na kilogram váhy, plus hrazení ztrát vzniklých dalším průjmem či zvracením.

U kojených dětí se kojení nepřerušuje a rehydratačním roztokem jsou hrazeny ztráty jako u uměle živeného dítěte. Po úpravě stavu následuje realimentační fáze, jež spočívá v dodávání stejného mléka jako před začátkem obtíží, většinou se kombinuje s rýžovým odvarem. Pokud nedochází ke zlepšení stavu při perorální rehydrataci, je nutná intravenózní rehydratace.

Složení perorálních rehydratačních roztoků WHO je:

Natrii chlorati 0,4375

Kalii chlorati 0,373

Natrii citrici dihydrati 0,735

Glukosi 5,0

Obsah sáčku se pak rozpouští v 250 ml převařené kojenecké vody.

Glukozu v rehydratačním roztoku je možné nahradit 10- 20% rýžovým odvarem.

Pouze malé procento kojenců netoleruje původní formule a je třeba zvážit podání formulí s nižším obsahem laktozy. Léčba antibiotiky není obvykle nutná. Další preparáty vhodné k rehydratační terapii. Kulíšek (Gildám), ORS 200 (Hipp)

## **1.6 Nemléčné příkrmy, solidní strava a její zavádění**

### **1.6.1 Zavádění příkrmu u fyziologického nekojeného dítěte**

"V podávání nemléčných příkrmů se často dělá spousta chyb. Je prokázáno, že více než 47% kojenců dostává ještě před 4. měsícem čaj, 31% dětí ovocný příkrm před 5. měsícem a 6% dětí před 5. měsícem dostává obilné kaše. (HENREICH, 2001, s. 58)." V prvních čtyřech měsících života při výživě počátečním mlékem je plně kryta potřeba energie, vody a dalších složek výživy. Zavádění příkrmu před 5. měsícem nepřináší dítěti žádný užitek, dítě dostává velkou škálu potenciálních alergenů a osmotický obsah těchto příkrmů zatěžuje ledviny.

Praktickou hranicí pro zavádění příkrmu je váha vyšší než 6.000 g, a nebo nutnost vypít víc než 900- 1.000 ml mléka za den. Drobnější prospívající dítě může dostat příkrm až v 6. měsíci. Příkrm se vždy podává lžičkou, abychom dítě nezvykali na dudlík. Energie příkrmu by neměla přesahovat 100 kcal/ 100g. Obvykle je jako první příkrm podáváno zeleninové pyré (mrkev, brambor), později je přidáváno více druhů zeleniny. Asi v průběhu měsíce je doporučeno přidat asi 20g libového masa, jeho množství se zvyšuje v druhé polovině roku na 35g, postupně až šestkrát týdně, jedenkrát v týdnu je maso nahrazeno vaječným žloutkem. Zpočátku je příkrm doplňován mlékem a v průběhu dvou týdnů od zavedení příkrmu může být celá porce mléka nahrazena příkrmem.

"Veškerá oficiálně distribuovaná kojenecká výživa podléhá hygienickým normám i schválení Pracovní skupinou pro dětskou gastroenterologii a výživu České pediatrické společnosti, která dbá na dodržování stávajících postupů a norem, na dodržování výživových norem i zákonných ustanovení. (NEVORAL a kol., 2003, s. 65).“

Druhou porcí zaváděných příkrmů bývá obvykle ovocné pyré, jehož obsah sacharidů by neměl překračovat 20g/ 100g, to znamená, že se nepřislazuje. Později se k ovocnému pyré přidává jogurt. Naopak v prvním roce života není vhodné podávat tvarohové výrobky pro vysoký obsah bílkovin. Při podávání průmyslových výrobků je nutné respektovat věková doporučení, jež jsou uvedena na etiketě. Čaj ani ovocné šťáva nejsou v prvních měsících života nutné, jelikož příjem tekutin je plně kryt vypitým mlékem a příjem vitamínu C je zajištěn obsahem tohoto vitamínu v počátečních mlécích.

Vhodné potraviny-

Zelenina- okurka, cuketa, mrkev, dýně, lilek, kořen petržele, čekanka, chřest, saláty, špenát, červená řepa, pórek, květák, kapusta

Ovoce- hrušky, sladká jablka, meloun, avokádo, vinné hrozny, meruňky, švestky, borůvky

Šťávy- jablečná, hrušková, hroznová

Maso- drůbež, jehněčí, hovězí, králík, telecí

Oleje a tuky- slunečnicový, kukuřičný a olivový olej

Pojící prostředky- rýžový, kukuřičný a bramborový škrob

### **1.6.2 Zavádění nemléčných příkrmů u kojenců s vyšším rizikem alergie ABKM**

"U dětí, jež mají oba rodiče alergiky, nebo jednoho rodiče alergika a sourozence s již manifestovanou ABKM, se doporučuje kromě výživy hypoantigenními mléky zavádět nemléčné příkrmy až po šestém měsíci věku. U takových kojenců se začíná monokomponentními příkrmy, aby se vždy včas podchytily eventuelně další potravinové alergie. (FRŮHAUF a kol., 2006, s. 24)."

Vejsce je doporučováno zavádět až po prvním roce života, ořechy, burské ořechy a ryby až ve třech letech.

Při výživě dítěte s rozvinutou ABKM je nutno postupovat s podáváním příkrmů velmi opatrně, aby nedošlo k možnému rozvoji multiproteinové alergie.

Potraviny, které nejsou vhodné v prvním roce života u dětí s vyšším rizikem ABKM:

1. Mléko- kravské, kozí, ovčí a potraviny obsahující mléko
2. Mléčné výrobky- jogurty, tvaroh, smetana, sýry

3. Vejce- všechny potraviny obsahující vejce
4. Ryby- všechny ryby Včetně sladkovodních
5. Soja- včetně sojového mléka
6. Maso- uzeniny a výrobky obsahující maso
7. Zelenina- chřest, celer, kapusta, žampiony, porek, hrášek, paprika, luštěniny, ředkvičky
8. Ovoce- citrusové plody, exotické ovoce
9. Sladkosti- kakao, čokoláda
10. Koření
11. Ořechy- vlašské, mandle, pistácie, kešu, lískové, burské

Vhodné potraviny:

Obiloviny od 5. měs.- rýže, kukuřičná kaše, od 7. měs.- ječmen, oves, slad

Zelenina od 7. měs.- brambory, mrkev, cuketa, špenát, fenykl, dýně, od 9. měs.- brokolice, lilek, květák, kedluben, okurka

Ovoce od 7. měs. - banány, vařená jablka, hrušky, broskve a meruňky, od 9. měs. - meloun, vodní meloun, vařené víno, třešně, švestky

Maso od 7. měs. kuřecí, krůtí, telecí, hovězí, jehněčí

### **1.6.3 Přidavky ke kojenecké výživě**

Vitamín D- Kojeným i uměle živeným dětem je doporučeno přidávat denně 400 mj vitamínu D bez ohledu na to, je- li dítě kojeno či živeno kojeneckou formulí.

Fluoridy - Dostatečný příjem fluoridů snižuje náchylnost zubní skloviny k tvorbě zubního kazu. Se suplementací je třeba začít v době prořezávání prvních zubů, pokud není pro přípravu kojeneckého mléka používána voda pitná- voda z komunálních zdrojů s obsahem fluoridu vyšším než 0,7 mg/ l (informace získáme na OHS), nebo není pro její přípravu používána kojenecká voda s obsahem fluoridu vyšším než 0,7 mg/ l. Není- li zdroj jasný, nebo obsahuje- li kojenecká či stolní voda méně než 0,3 mg/l fluoridu, je třeba podávat tablety s fluoridem po 0,25 mg - jednu tabletu denně od půl roku věku do skončení prvního roku života. Tablety se rozpouští v tekuté stravě. Podávání těchto tablet se přerušuje při horečnatých stavech, při podávání antibiotik a antiflogistik, při prokázaném jodovém deficitu, v pooperačním období a po celkové anestezii. Stejně tak se fluoridové tablety nepodávají při snížené funkci ledvin, při přechodu na stravu prisolovanou solí s přídatkem fluoridu, tzn. po prvním roce života.

#### **1.6.4 Alternativní výživa kojence**

Děti kojené, s výjimkou dětí veganek, nebo krmené běžně dostupnými umělými formulami na bázi kravského mléka nebo soji by v období plné mléčné výživy neměli mít problémy. Neprospívání může nastat v období zavádění příkrmů, zvláště u veganek. Příkrmy bývají nízkenergetické, obsahují málo železa a vitamínů D, B12 a zinku, hraniční bývá též obsah vápníku. Problémem je i velký objem příkrmu pro vysoký obsah vlákniny. Rostlinné bílkoviny mají nižší obsah esenciálních aminokyselin. Vzhledem k tomu, že v kojeneckém období dítě roste nejrychleji (25 cm/ rok) může být alternativní výživa, zvláště ta veganská, pro kojence zdrojem zdravotních obtíží a růstové retardace.

#### **1.6.5 Označení kojenecké stravy, pravidla propagace**

"Z označení na etiketě musí jednoznačně vyplývat, zda je výživa vhodná pro výživu zdravých kojenců, nedonošenců a dětí s nízkou porodní hmotností, zda se jedná o výživu dětí s alergií, pro děti s poruchou zažívání či metabolismu. (FRÚHAUF a kol., 2003, s. 58)." Součástí obalu musí být návod k přípravě, údaje o energetické hodnotě, o obsahu živin a potravinových doplňků na 100g nebo 100 ml mléka nebo potraviny. Dále původ bílkovin a datum minimální trvanlivosti. Mléka též musí být označena jako startovací, či pokračovací. U počáteční stravy musí být uvedeno, že potravina je vhodná pro výživu kojenců od narození, nemohou-li být kojení.

Reklama na počáteční kojeneckou stravu musí obsahovat pouze vědecké a věcně přesné údaje, může být uváděna pouze v publikacích zaměřených na péči o kojence a ve vědeckých publikacích, nesmí vést nikdy k závěru, že počáteční kojenecká výživa je rovnocenná mateřskému mléku, nebo je snad lepší. V obchodech je zakázána reklama, která podněcuje širokou veřejnost ke koupi této výživy, zejména rozdáváním vzorků, zvláštním způsobem vystavení, poukazem na slevu nebo zvláštní výhodou. Výrobci a prodejci nesmí na veřejnosti podávat bezplatně či se slevou výrobky, vzorky či dary na podporu prodeje. Tento zákaz se vztahuje i na těhotné matky, ženy, členy jejich rodin při předávání vzorků na veřejnosti, nevztahuje se pouze na dary nebo poskytnutí se slevou zdravotnickým, humanitárním a charitativním organizacím pro jejich interní použití či distribuci vně těchto organizací. Reklama na počáteční a pokračovací kojeneckou výživu musí obsahovat potřebné informace a nesmí působit proti kojení a musí obsahovat zřetelný text poukazující na přednost kojení.

#### **1.6.6 Voda používaná k přípravě kojenecké stravy**

Pokud je voda, jež je používána k přípravě kojenecké stravy, z lokálních zdrojů, měla by být vyšetřena z hlediska její vhodnosti a měla by vždy být před použitím převařena. V současnosti je používána voda rovnou označená jako kojenecká, nebo stolní voda vhodná pro kojence. Je třeba ji vybírat s ohledem na obsah fluoridů. Obsah dusičnanů by měl být pod 10 mg/ l, sodík pod 20 mg/ l.

Balené kojenecké vody a stolní vody pro kojence s obsahem fluoridů:

Kojenecké vody:

1. Horský pramen- 0,113 m /l
2. Aqua kojenec- 0,131 mg F /l
3. Skalní voda- 0,118 mg F-/ l
4. Niko- 0,164 mg F-/l

Stolní vody vhodné pro kojení:

1. Aquila neperlivá- 0,048 mg F-/l
2. Toma voda- 0,056 mg F-/ l
3. Aqua Belle- 0,154 mg F-/ l
4. Dobrá voda neperlivá- 0,710 mg F-/l

## **1.7 Umělá perorální výživa nezralého novorozence**

Výživa takto nezralých dětí má zásadní význam v jejich ošetřování. Vývoj předčasně narozeného plodu by měl odpovídat rychlosti růstu plodu v daném postkoncepčním věku, měla by se dodržet normální koncentrace živin v krvi a ve tkáních. Růst začíná obvykle ve 2. týdnu života po vyřešení zdravotních problémů.

"Kvalita postnatálního růstu závisí na kvalitě výživy. Předčasně narozené dítě živěné formulí pro donošené děti, má mnohem více tělesného tuku v porovnání se stejně zralým plodem. Používání formulí pro předčasně narozené děti vede k tomu, že tělesné složení a mineralizace kostí se více blíží odpovídajícímu plodu. Proto je třeba stav výživy nedonošenců pečlivě monitorovat během hospitalizace i po propuštění do domácí péče. (FRÜHAUF a kol., 2004, s. 33)."

### **1.7.1 Požadavky na výživu dětí s nízkou porodní hmotností**

Enterální přívod energie by měl být 105- 103 kcal/kg/den. Větší přísun kalorií je doporučován ve chvíli, kdy je růst dítěte nedostačující. Za ideální množství bílkovin se považuje 3,5- 4 g/kg/den. Nezralé děti živěné formulí s převahou syrovátkové bílkoviny, mají lepší složení aminokyselinových řetězců, které se více blíží řetězcům aminokyselin dětí živěných mateřským mlékem. Příjem bílkoviny v množství 2,8- 3,1 g/kg/den při energetickém příjmu 110- 12kcal/kg/den nejlépe napodobuje in utero růst a tělesné složení plodu. Hlavním zdrojem energie rostoucího nedonošence jsou tuky. V MM je asi 50% energie z tuku, u formulí je to asi 40- 50%, to je asi 5 - 7 g tuku/kg/den.

Tuk v mateřském mléku je velmi dobře resorbován. U nezralých novorozenců živěných formulí je absorpce tuku zvýšena, je-li MM mícháno s formulí pravděpodobně pro aktivitu lipázy v MM. "Tuky ve formulích pro nedonošence jsou upraveny tak, aby byla zaručena jejich optimální resorpce. Asi 20- 50% tuku je ve formě MCT (triacylglyceroly se středním řetězcem), které se lépe resorbují při nižší aktivitě lipázy nízkém množství žlučových kyselin. Tato mléka jsou též

obohacována o vícenenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem (PUFA). Tyto kyseliny získává plod transplacentárně od matky v posledním trimestru těhotenství, proto nezralému dítěti chybí. Tyto kyseliny jsou velmi důležité pro rozvoj mozku, retiny a růstu organismu. (FRUHAUF a kol., 2003, s. 51)."

Sacharidy jsou lehce přístupným zdrojem energie a chrání proti katabolismu tkání. Dítě ve stabilizovaném stavu má asi 40- 50% kalorické potřeby sacharidů, nebo 10- 14g/kg/den. Schopnost trávení laktozy v prvních dnech nedonošeného dítěte může být omezená pro nedostatečnou aktivitu střevní laktázy. Intolerance laktozy je však velmi málo problematická a MM je obvykle dobře tolerováno. Speciální formule pro nedonošence obsahují asi 50% laktozy a 50% polymerů glukozy, což je poměr, který nepoškozuje minerální absorpci.

Nezralí novorozenci, hlavně ti, jejichž hmotnost je nižší než 1500 g, mají velkou exkreci sodíku během prvních dvou týdnů života, proto nízký obsah tohoto minerálu v MM či v komerčně připravovaných formulích může vést k hyponatrémii, jsou-li tato mléka používána jako jediný zdroj sodíku pro malé nezralé děti. Speciální formule pro tyto děti poskytují kojenci 2,5- 3,5 mmol/kg/ den. V období růstu stačí příjem sodíku v míře asi 2- 3 mmol/den. Požadavky na draslík jsou stejné jako u Zralých dětí, což je 2- 3 mmol/kg/den. V posledním trimestru těhotenství plod získává asi 80% vápníku, fosforu a hořčíku v poměru s donošeným dítětem. Formule pro donošené děti obsahují vápník v množství 53- 76 mg/ 100 kcal a fosfor 42- 57 mg/ 100 kcal. Formule pro nedonošené děti obsahují vápník v množství 94- 183 mg/ 100 kcal a fosfor v množství 50- 70mg/ 100 kcal a upravují obsah minerálů v kostech na hodnoty podobné hodnotám plodu. MM matek neodnošených dětí obsahuje vápník v množství asi 40 mg/ 100 kcal fosfor 20 mg/ 100 kcal, což vede k poškození mineralizace kostí a rachitidě. Přídavky k obohacení MM v práškové nebo tekuté formě zlepšují mineralizaci kostí u nezralých dětí.

Nezralé dítě má při narození méně železa než dítě zralé. "Fyziologická anémie u těchto dětí není odstranitelná léčbou železem, její obvyklá terapie je transfuze. Na konci prvního týdne života bývá zahájena suplementace železem, kdy je již enterální výživa dobře tolerována. Podává se 2- 4 mg elementárního Fe /kg/den až maximálně 15 mg /den. Nedonošenci živení MM dostávají suplementaci ferrosulfátem. (FRUHAUF a kol., 2003, 58)." Nezralé děti živené formulí mají dostatek železa v již fortifikované formuli, je-li to třeba, dostávají navíc též ferrosulfát. Suplementace železem trvá do ukončeného prvního roku života.

### **1.7.2 Energetická potřeba a mateřské mléko**

MM předčasně narozených i donošených novorozenců obsahuje přibližně 67 kcal/ 100 ml ve 21. týdnu laktace. Formule se stejným množstvím energie mohou být pro výživu nedonošenců použity, většinou se však podávají formule s vyšším množstvím energie, a to až 81 kcal/ 100 ml. Větší množství energie umožňuje podávat menší objem mléka, což je výhoda při omezené žaludeční kapacitě, či nezbytném omezení tekutin. MM matek, jejichž dítě se narodilo předčasně, je doporučován při enterální výživě nedonošence. MM je velmi dobře snášeno, dítě živené MM rychleji dosahuje plné enterální výživy na rozdíl u formulí, dále také zajišťuje imunologické antimikrobiální komponenty, hormony a enzymy, které v pozitivním smyslu ovlivňují zdraví dítěte a jeho vývoj. Na rozdíl od formulí se složení MM mění během jednoho krmení

či odstříkávání, během dne i během laktace. Mléko matek, které porodily předčasně, obsahuje v prvních dvou týdnech více kalorií, tuku, bílkovin a sodíku o něco méně laktozy, vápníku a fosforu ve srovnání s mlékem matek, které porodily donošené dítě. Tyto rozdíly mohou být důsledkem nižší produkce mléka matek nedonošenců. Na konci prvního měsíce života nezralých dětí však obsah bílkovin začíná být nedostatečným ke krytí denních potřeb. K metabolickým komplikacím, které jsou spojené s dlouhodobým podáváním neobohaceného MM, patří hyponatremie ve 4- 5 týdnech života, hypoproteinémie v 8- 12 týdnech, osteopenie ve 4- 5 týdnech a deficit zinku ve 2- 6 měsících. K obohacení MM se podávají přípravky, které zajišťují dodávku dalších bílkovin, minerálů a vitamínů. Tyto přípravky se podávají u dětí s porodní hmotností nižší než 1500 g, nebo u dětí, které zaostávají v růstových grafech. MM obsahuje mnoho nenutričních komponentů. Které kojenecké formule neobsahují. Přítomnost enzymů, jako je lipáza a lipoproteinová lipáza, podporuje biologickou dostupnost živin. Podávání MM podporuje neuropsychický vývoj dítěte.

Matky předčasně narozených dětí proto musí být ve všech okolnostech podporovány v úsilí produkovat MM. Toto mléko pak může být použito k zahájení enterální výživy v prvních kritických týdnech života, kdy je stav dítěte méně stabilní. Matky předčasně narozených dětí by měly zahájit odstříkávání mléka do šesti hodin po porodu za předpokladu, že je matka podporována zdravotnickým personálem, je dostatečně informována o správné technice odstříkávání a o manipulaci a skladování mateřského mléka. Pro hodnocení připravenosti ke kojení nejsou žádná závazná pravidla. Dítě je přiřazováno k prsu, jakmile to jeho stav dovolí. Známkou zralosti schopnosti sát z prsu je cucání sondy bez ohledu na textační věk a hmotnost. Stimulace bradavky sáním je nejúčinnější podpora laktace. I nezralý novorozenec by měl mít tu možnost, být dříve krměn z prsu než z láhve. Přiložit k prsu lze i dítě se zavedenou infuzí, jsou-li stabilizovány vitální funkce dítěte. Kojit lze i dítě se zavedenou sondou.

### **1.7.3 Formule pro předčasně narozené děti a enterální výživa**

Formule pro nedonošence, které jsou vyráběny komerčně, mají za cíl krýt nutriční potřeby nezralého dítěte. Charakteristický pro tyto formule je vyšší obsah bílkovin a minerálů ve srovnání s formulami pro donošené děti, dále směs laktozy, sacharózy a polymerů glukózy a směs tuků, která obsahuje MCT. Množství vitamínů je různé, u některých formulí je nutná multivitaminová suplementace.

Tyto formule jsou založeny na bílkovině kravského mléka s převahou syrovátkových bílkovin. Formule s převahou kaseinu mohou vyvolat zvýšené plazmatické hladiny tyrosinu a fenylalaninu. "Formule pro nedonošence obsahují bílkoviny v množství 2,7- 3,0 g/ 100 kcal, toto množství zajišťuje hmotnostní přírůstky podobné plodu. (FRUHAUF a kol., 2004, s. 48)." Je-li zajištěné dostatečné množství minerálů, není zvýšena potřeba vitamínu D. Směs tuků je ve formulích připravena tak, aby byla zajištěna optimální resorpce. Asi 20- 50% tuků je ve formě MCT, to umožňuje snižovat ztráty způsobené nízkou aktivitou střevní lipázy nebo nízkou hladinou žlučových kyselin. Formule pro předčasně narozené děti se podávají i po propuštění do domácí péče do hmotnosti 3000 g, potom lze podávat formule pro donošené děti. Enterální výživa by měla být zahájena co nejdříve i u nedonošených dětí. Časně krmené děti dosahují dříve své porodní hmotnosti a mají menší váhový úbytek. Enterální výživa stimuluje imunitní systém střeva, stimuluje dozrávání střevní sliznice a gastrointestinálních hormonů. Způsob enterální výživy je závislý na schopnosti dítěte



sát, polykat a dýchat, což jsou schopnosti, které se objevují mezi 32. - 34. gestačním týdnem, dobře však sají i některé děti narozené již před 32. týdnem těhotenství.

Děti, které jsou slabé, méně zralé či nemocné, je třeba živit sondou. Přednost se vždy dává orogastrickému, intermitentnímu krmení. Intermitentní krmení je fyziologičtější, lépe dítě připravuje na kojení, případně na krmení z láhve. Ke kontinuální výživě se přistupuje tehdy, nesnáší-li dítě bolusové podávání stravy, nebo u dětí s projevy malabsorbce.

Novorozenci s porodní hmotností vyšší než 1500 g, mohou být výhradně kojení od narození. Děti s hmotností nižší než 1500 g nelze obvykle kojit ihned, protože dítě musí překonat více závažných problémů. Základem výživy u takových dětí je od počátku parenterální výživa, která je od počátku doplňována malými dávkami MM. Mateřské mléko se podává sondou či kádinkou.

Zástupci: př. Alprem- Nestlé, Nenatal 0,1- Nutricia, Plasmon 0- Heinz

Přidávky k obohacení MM: Brest Milk Fortifier- Nutricia, FM 85- Nestlé

## **1.8 Definice neprospívání, antropometrické parametry a jejich měření**

Za neprospívajícího kojence či batole je považováno takové dítě, jehož růst zaostává za vrstevníky. Pod pojem tělesný růst je třeba zahrnout tělesnou výšku (délku), růstové tempo a hmotnost dítěte. Za neprospívání se většinou považuje růst pod 3. percentilem nebo změny daného parametru, která překračují dvě percentilová pásma. Posuzují se růstová křivka hmotnostně výškového poměru. Posouzením těchto křivek lze dojít k závěru, ve kterém období začalo docházet k danému problému, ať už opoždování v růstu, či oplošťování ve váhovém přírůstku. Aktuální propad naznačuje malnutrici, dlouhodobý propad svědčí pro možný energetický deficit. Při chronické malnutrici může mít dítě nízkou hmotnost se současnou růstovou poruchou, takže poměr výšky a váhy může být relativně normální. Míry (délka, hmotnost a obvod hlavy) donošeného novorozence jsou většinou odrazem intrauterinního prostředí, parametry ve dvou letech již korelují s výškou rodičů a odrážejí genetické vlivy.

### **1.8.1 Antropometrické parametry a jejich měření**

"Antropometrické parametry, zejména hmotnost a výška (délka) jsou velmi důležité údaje, jež vypovídají o vývoji a prospívání dítěte. Nízkými přírůstky hmotnosti či růstovou poruchou se mohou projevovat nejrůznější závažná onemocnění a někdy mohou být i jeho jediným projevem, proto je sledování antropometrických parametrů nedílnou součástí všech preventivních prohlídek (FRÜHAUF a kol., 2004, s. 7)."

Základní pomůckou pro sledování těchto parametrů jsou referenční údaje, nejčastěji se vyskytují ve formě percentilových grafů. Percentilové grafy jsou sestavovány na základě velkých národních antropometrických studií, v nichž se sledují různé ukazatele u tisíců dětí v různých věkových skupinách od narození do osmnácti let.

V Čechách se tyto studie provádějí každých deset let. Tyto grafy mají vypovídající hodnotu pouze pro populaci, z jejichž údajů byly sestaveny. Nelze je proto použít pro jinou etnickou skupinu. V České republice jsou percentilové grafy součástí očkovacího průkazu od roku 1995.

### 1.8.2 Hmotnost

Pravidelné kontroly hmotnosti provázejí děti celým jejich vývojem, nejdůležitější jsou však v prvním roce života. Hmotnostní přírůstky v prvním roce života se postupně snižují. Po narození bývají přírůstky v průměru 120- 250 g za týden, na konci prvního roku je to už jen 50- 80 g za týden. Během prvních pěti měsíců dítě svoji porodní hmotnost zdvojnásobí, do konce prvního roku ztrojnásobí. V dalších obdobích se však přírůstky hmotnosti již postupně snižují. Ve druhém roce dítě přibývá asi 2- 3 kg za rok, ve třetím roce asi 2 kg. Tělesná hmotnost je méně závislá na dědičných faktorech než výška a je jí možné do jisté míry ovlivnit především stravováním a v pozdějších letech pohybovou aktivitou. Děti by měly být váženy vždy ve stejnou denní dobu, nejlépe před jídlem, svlečené a pokud možno vyprázdněné. U starších kojenců a větších dětí je nutné vždy posuzovat hmotnost ve vztahu k délce (výšce). Posuzovat hmotnost jen ve vztahu k věku je zavádějící.

Percentilové grafy výškových poměrů rozlišují vždy několik pásem. Normální rozdíl tělesné hmotnosti k výšce se pohybuje mezi 25. - 75. percentilem. Hodnoty mezi 3. - 25. percentilem znamenají nižší hmotnost, hodnoty pod 3. percentilem znamenají sníženou hmotnost, která by měla být určitě důvodem k dalšímu vyšetření. "K hodnocení vztahu hmotnosti a výšky můžeme využít i hmotnostně výškových poměrů, například indexu tělesné hodnoty (BMI- Body Mass Index). Vypočítáme jej ze vzorce: hmotnost dítěte v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech. V prvním roce života BMI narůstá, od druhého do pátého roku postupně klesá, mezi pátým a sedmým rokem opět začíná stoupat a stoupá až do dospělosti (rebound fenomen). (FRÚHAUF a kol., 2004, s. 18)."

### 1.8.3 Výška/ délka

Základním ukazatelem růstu dítěte je jeho tělesná výška, u dětí do dvou let věku tělesná délka. Sama o sobě však nevypovídá o tom, jak dítě rostlo v předchozím období, proto je nutné vývoj výšky (délky) pravidelně sledovat a zaznamenávat do percentilového grafu pro růst a posuzovat jej podle výsledné růstové křivky. Růst dítěte je ovlivněn řadou genetických i zevních faktorů. Z genetických faktorů ovlivňuje růst především rasa, dále příslušnost k národnosti či určitému regionu, významný vliv má i pohlaví jedince. Dalším důležitým faktorem je i výška rodičů. Postnatální růst dítěte ovlivňuje i řada zevních faktorů (strava, chronické choroby, pohybová aktivita).

### 1.8.4 Růstové tempo

Růstové tempo (tj. počet centimetrů, o které dítě vyrostе během určitého časového období, obvykle se určuje přírůstek výšky za rok) není během vývoje stejné, střídají se období rychlejšího růstu s obdobími, kdy jsou přírůstky menší. Nejrychlejší je růst v prvních šesti měsících života. Během celého prvního roku vyrostе dítě celkem asi o 25

cm, což je přibližně polovina délky, jež mělo při narození. Růstové tempo se výrazně zpomaluje během dvou let, během druhého roku dítě průměrně vyroste o 12 cm. Od tří let je růst pomalejší, ale rovnoměrný, růstové tempo činí asi 5 cm za rok. Růstové tempo i ukončení růstu jsou u každého jedince jiné.

### **1.8.5 Obvod hlavy**

Růst mozku je nejrychlejší v prvních dvou letech života, proto by mělo být měření obvodu hlavy u dětí v této věkové kategorii součástí antropometrického sledování. Obvod hlavy je méně výrazným ukazatelem nutričního stavu a je poslední antropometrickou veličinou, která je malnutricí postížena. I v případě obvodu hlavy je naměřené hodnoty nutno porovnat s referenčními údaji a porovnat jejich dynamiku. Frontookcipitální obvod hlavy měříme pásovou mírou v obvodu glabelly (bod nad kořenem nosu mezi nadočnicovými oblouky) a největším vyklenutím týla. U kojenců bývá klenuté čelo, pokud měříme přes největší vyklenutí čela, získáme vyšší hodnotu obvodu než obvod měřený přes glabellu, je dobré zaznamenat obě hodnoty.

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Úvod

Myšlenkou této práce je informovat, jaké jsou možnosti ve výživě dětí. Toto citlivé téma zahrnuje možnosti kojení, umělé mléčné formule, příkrmy ve stravě dítěte. Dále je snahou práce zjistit, jak se v nabídce výživy dětí orientují jejich matky, jak kvalitní jsou informace, které ženy mají a čím se řídí ve výběru výživy pro své děti. Chtěli jsme se cíleným průzkumem dopátrat, jak maminky při volbě výživy postupují. Setkáváme se s reklamou na dětskou výživu, v každém časopise je obrázek jiného příkrmu pro děti. Cílem bylo proto zjistit, jak se matky ve výběru orientují, jak postupují a rozhodují se při volbě mléka či příkrmu, jaké možné, zdánlivě "neškodné" chyby ve výběru stravy dělají, kde hledají informace o výživě svých dětí. Byla vybrána metoda dotazníku, kde maminky odpovídaly na jednoduché otázky. Tímto před výzkumem se vyselektovaly otázky, jež mohly maminkám dělat jiné problémy či je špatně chápat. Dotazník byl maminkám k dispozici na oddělení kojenců a batolat a na oddělení větších dětí ve Fakultní nemocnici v Plzni. Dále ženy odpovídaly na sérii otevřených otázek, abychom si jednak ověřili, zda se získané informace nebudou významně lišit od informací z dotazníkového šetření a jednak abychom získali co nejvíce možných opovědí k této problematice. Další z možností průzkumu byla metoda rozhovoru, v příloze uvádíme přepis jednoho vzorového.

#### Námět na průzkumný problém

- Míra a kvalita informovanosti matek ve výživě kojenců a batolat

#### Dosavadní stav poznání

- V dané problematice jsou publikovány poznatky
- V této oblasti se stále vyskytují mylné informace mezi matkami

#### Cíl a hodnota průzkumu

- Cílem průzkumu je zjistit, jaká je kvalita informací o možnostech dětské výživy, které ženy mají, jak se ve volbě výživy orientují, co považují ve stravě dítěte za správné

#### Zkoumaný soubor

- Průzkum bude cílený
- Ženy v základním souboru jsou rozděleny do skupin podle věku, vzdělání a stáří jejich dětí
- Výběr zkoumaného vzorku je záměrný

#### Zkoumaná oblast

- Ženy z měst a obcí do 50.000 obyvatel (Plzeň- sever, Plzeň- jih)
- Ženy z města nad 50.000 obyvatel (Plzeň- 170.000 obyvatel)

## Časové pásmo

- Průzkum byl prováděn od 6. 2. 2013 do 17.3.2013

## Metody a techniky

- Při průzkumném šetření je použito dotazníkové techniky- počet respondentek- 86
- Jako první je použita metoda předvýzkumu- počet oslovených žen- 20
- Dotazník je nestandardizovaný
- Dále je použito metody otevřených otázek- odpovídalo 86 respondentek
- K šetření byla použita též metoda rozhovoru- rozhovor byl proveden s 15 ženami. Součástí přílohy je opis vzorového rozhovoru

## Průzkumný tým

- Individuální průzkum
- Zpracovatel- Fránová Klára

## Zpracování

- Získaná data budou věrohodně zpracována a vytríděna kvantitativní i kvalitativní metodou.

## Organizační zabezpečení

- Zvolený časový prostor je dostačující pro provedení malého průzkumu.
- Průzkumné šetření bude financováno z vlastních finančních zdrojů průzkumníka.

## Hypotézy

- Hypotéza 1- předpokládáme, že ženy vzdělanější a ty s větším počtem dětí, než jedno, budou lépe informovány, než ženy vyučené, nebo ženy starší.
- Hypotéza 2- předpokládáme, že matky starších dětí nemají dostatečně kvalitní informace o možnostech výživy.
- Hypotéza 3- předpokládáme, že maminky stále často dělají chyby ve výživě svých dětí.

### 3 Výsledky průzkumu a jejich analýza

#### 3.1 Rozbor jednotlivých položek- profil respondentů

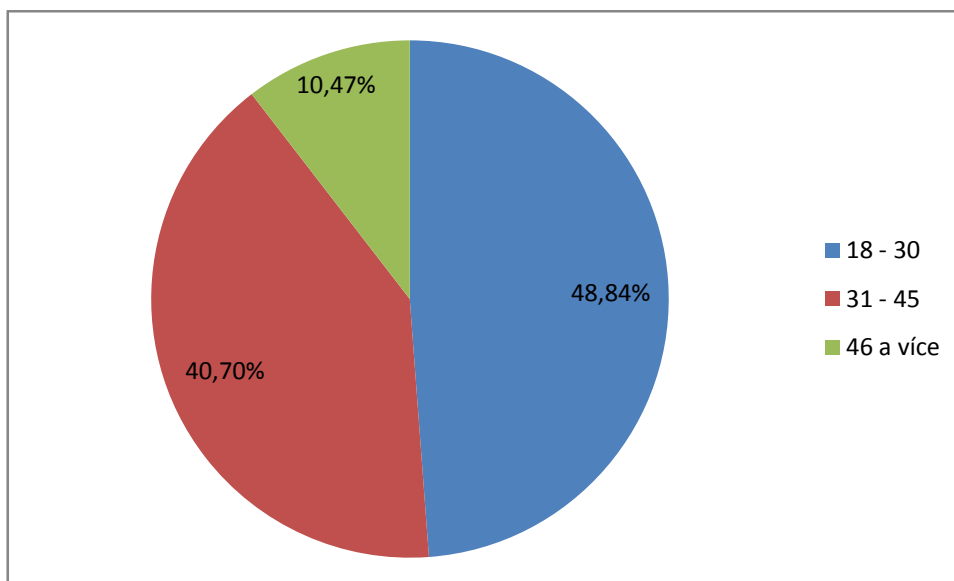
##### Otázka číslo 1- Jaký je Váš věk?

Věk byl v této otázce omezen pouze do věkových kategorií 18- 30 let a 31- 45 a 46 a více let. Při členění do skupin jsme postupovali podle Šimíčkové Čížkové, 2005. Vývojová psychologie dělí období na mladší dospělost (18- 30 let), střední dospělost (31-45 let) a starší dospělost (46-60 let).

Tabulka 1 - Věk

	Absolutní počet	Relativní počet
<b>18 - 30</b>	42	48,84%
<b>31 - 45</b>	35	40,70%
<b>46 a více</b>	9	10,47%
<b>Celkem</b>	86	100,00%

Graf 1 – Věk



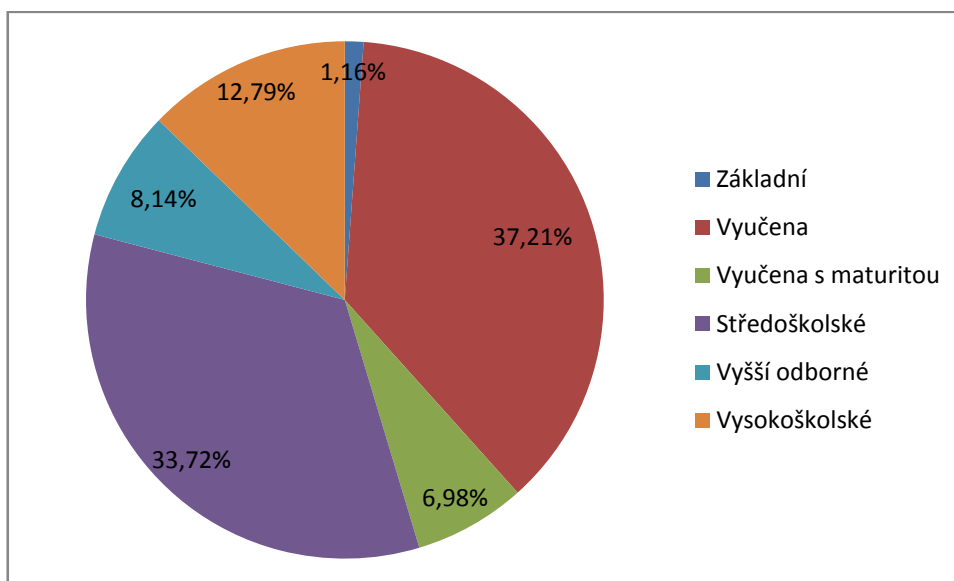
##### Otázka číslo 2- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Přehled dosaženého vzdělání je uveden v tabulce číslo 2. Předpokládáme, že matky s vyšším vzděláním jsou lépe informovány o způsobech výživy dětí a také dělají méně chyb ve výživě, aktivněji vyhledávají informace o stravování dětí.

**Tabulka 2 - Vzdělání**

	<b>Absolutní počet</b>	<b>Relativní počet</b>
<b>Základní</b>	1	1,16%
<b>Vyučena</b>	32	37,21%
<b>Vyučena s maturitou</b>	6	6,98%
<b>Středoškolské</b>	29	33,72%
<b>Vyšší odborné</b>	7	8,14%
<b>Vysokoškolské</b>	11	12,79%
<b>Celkem</b>	86	100,00%

**Graf 2 – Vzdělání**



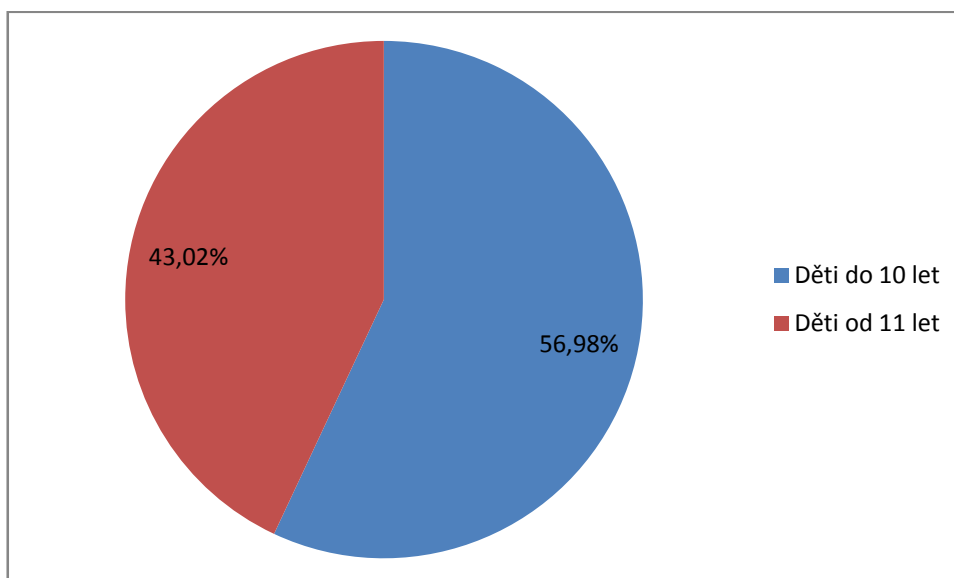
### **Otázka číslo 3- Věk Vašich dětí?**

V následující otázce se ptáme na věk dětí, které maminky mají. Dotazník byl předkládán i maminkám strašících dětí na oddělení větších dětí, kde jsou pacienti ve věkovém rozmezí od 3 do 18 let. Předpokládáme, že maminky starších dětí nebudou dostatečně dobře informovány o výživě kojenců a batolat, jednak proto, že některé informace mohly zapomenout a jednak předpokládáme, že s vyvíjející se dobou maminky nové informace sami více vyhledávají prostřednictvím médií.

**Tabulka 3 – Věk dětí**

	<b>Absolutní počet</b>	<b>Relativní počet</b>
<b>Děti do 10 let</b>	49	56,98%
<b>Děti od 11 let</b>	37	43,02%
<b>Celkem</b>	86	100,00%

Graf 3 – Věk Děti



### 3.2 Rozbor jednotlivých položek- výsledky průzkumu

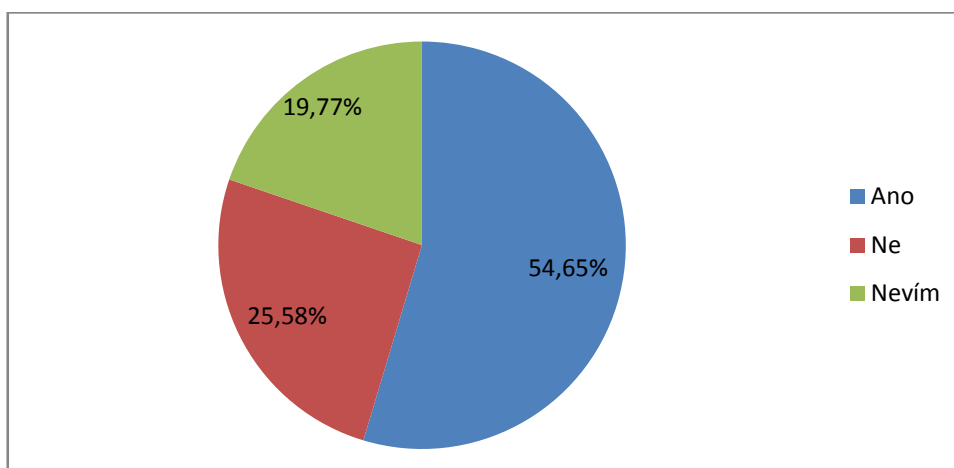
#### Otázka číslo 4- Je vhodné miminku často nabízet prs?

Je překvapivé, že téměř stejný počet maminek odpověděl, že není vhodné častěji miminko kojit, stejně tak jako si tímto maminky nejsou jisté. Je patrné, že ženy opravdu tápou, jestli by své dítě na kojení a kontakt s ní nezvykaly až příliš. Přesto je známo, že pro miminko i matku je alespoň v prvních týdnech prospěšné ke kojení přikládat co nejčastěji.

Tabulka 4 – Je vhodné miminku často nabízet prs?

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	47	54,65%
Ne	22	25,58%
Nevím	17	19,77%
Celkem	86	100,00%

Graf 4 - Je vhodné miminku často nabízet prs?





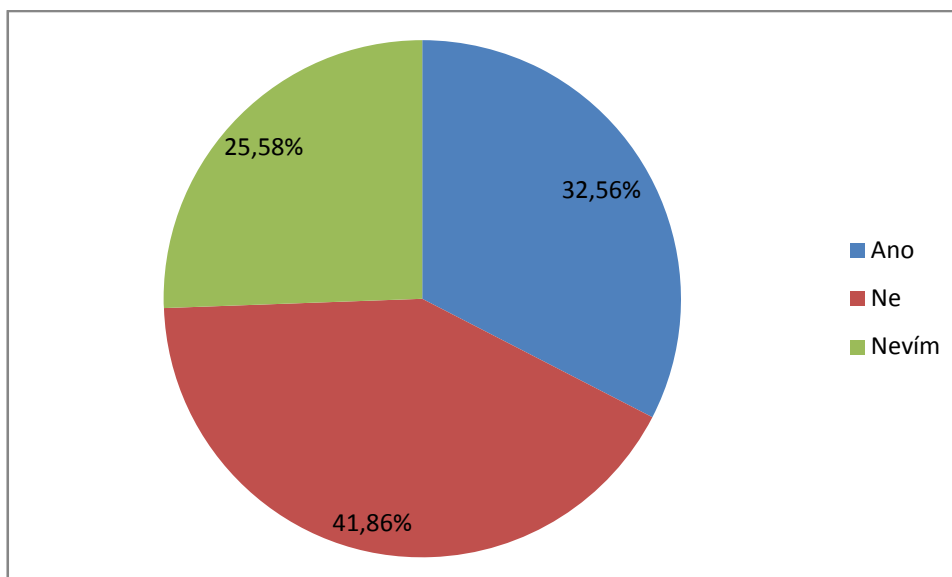
### Otázka číslo 5- Když kojím, dítě nepotřebuje žádné léky.

Z následující otázky vyplývá, že velká část maminek by svému dítěti v období kojení nepodávala, téměř stejné procento si není jisto jednoznačnou odpovědí. Domníváme se, že by se maminky k lékům neuchylovaly v případě, pokud vyznávají některý alternativní způsob života, protože jasné ano často volily matky s vyšším vzděláním.

Tabulka 5 - Když kojím, dítě nepotřebuje žádné léky?

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	28	32,56%
Ne	36	41,86%
Nevím	22	25,58%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 5 - Když kojím, dítě nepotřebuje žádné léky?



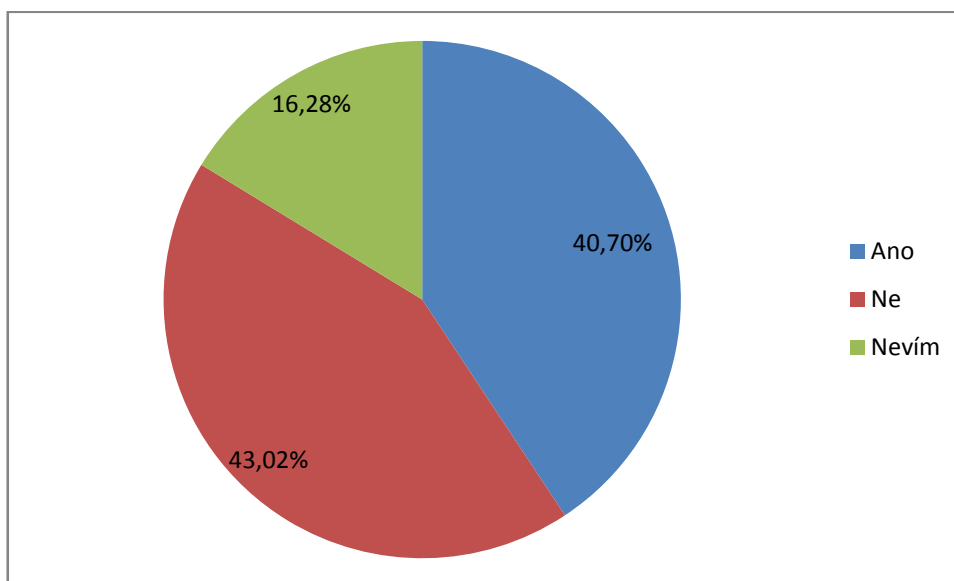
### Otázka číslo 6- Kamarádka mi poradila, že mám slabé mateřské mléko, měla bych přestat kojit?

V této otázce většina respondentek nižšího dosaženého vzdělání odpověděla ANO. Domníváme se, že ženy nižšího vzdělání jsou méně schopné ověřovat si své informace v médiích a z odborné literatury, prioritní jsou pro ně rady okolí. Avšak většina žen s nižším vzděláním nejdéle své děti kojila.

Tabulka 6 - Kamarádka mi poradila, že mám slabé mateřské mléko, měla bych přestat kojit?

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	35	40,70%
Ne	37	43,02%
Nevím	14	16,28%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 6 - Kamarádka mi poradila, že mám slabé mateřské mléko, měla bych přestat kojit?**



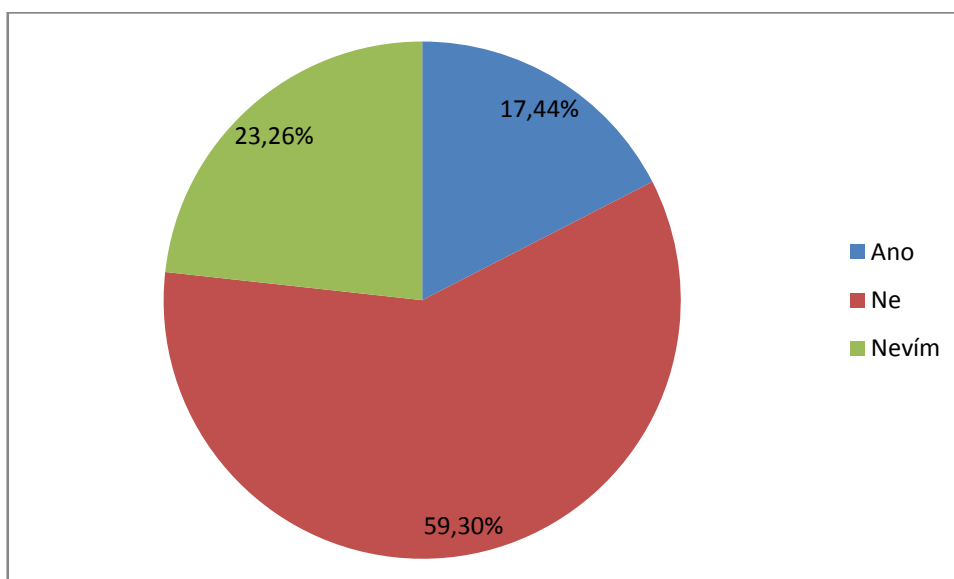
**Otázka číslo 7- Jsem nemocná, musím přestat kojit, protože je mé mléko plné bakterií?**

Zdánlivě podbízivá odpověď ANO, avšak velká část respondentek ví, že s kojením během vlastní nemoci nemusejí přestávat, pokud jejich léčba nevyžaduje jinak.

**Tabulka 7 - Jsem nemocná, musím přestat kojit, protože je mé mléko plné bakterií?**

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	15	17,44%
Ne	51	59,30%
Nevím	20	23,26%
Celkem	86	100,00%

**Graf 7 - Jsem nemocná, musím přestat kojit, protože je mé mléko plné bakterií?**



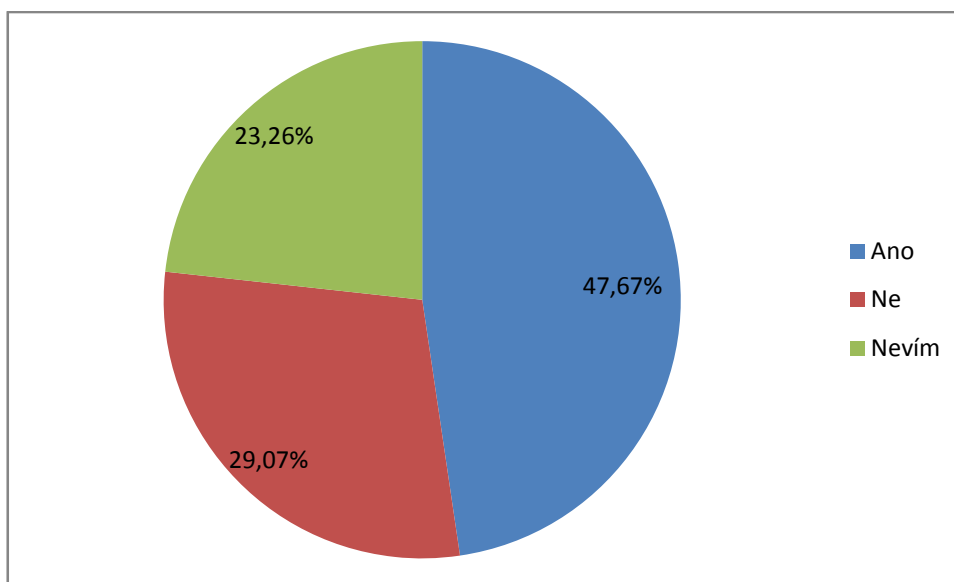
### Otázka číslo 8- Lahvička kojení neškodí!

Doporučuje se kojené děti přikrmovat jiným alternativním způsobem- lžičkou nebo stříkačkou, nikoli savičkou, miminko si snáze osvojí sání ze savičky a prs může odmítat. Velká část maminek se však domnívá, že střídání kojení a krmení z lahve nemůže mít na kvalitu a frekvenci kojení vliv.

Tabulka 8 – Lahvička kojení neškodí

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	41	47,67%
Ne	25	29,07%
Nevím	20	23,26%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 8 – Lahvička kojení neškodí



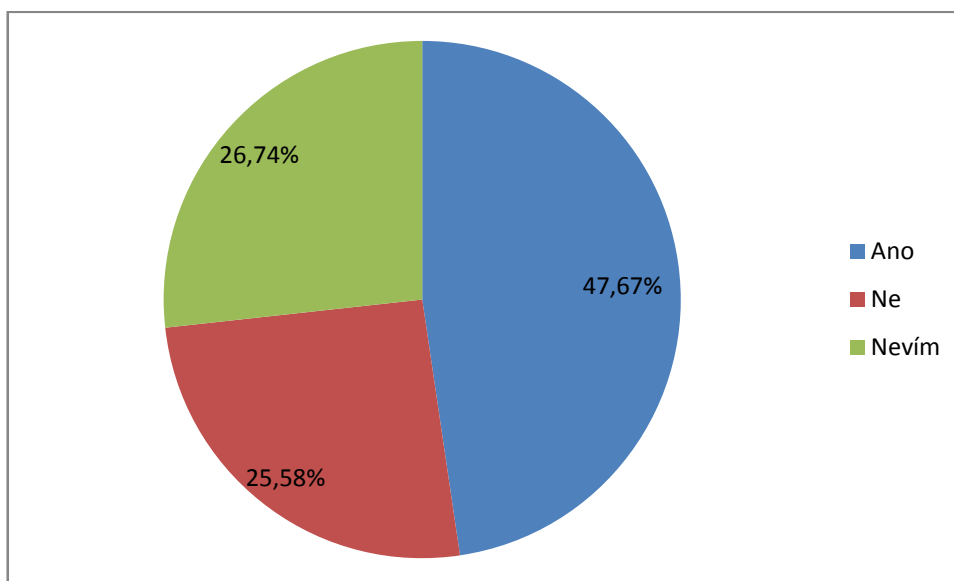
### Otázka číslo 9- Je jedno, jak odšťíkané mateřské mléko ohříváme?

Odšťíkané mateřské mléko je vhodné ohřívat pozvolně v teplé lázni, nedochází tak k destrukci živých kultur, které mléko obsahuje. Nedoporučuje se ohřívat jej proto v mikrovlnné troubě.

Tabulka 9 – Je jedno, jak odšťíkané mateřské mléko ohříváme?

	Absolutní počet	Relativní počet
Ano	41	47,67%
Ne	22	25,58%
Nevím	23	26,74%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 9 – Je jedno, jak odstříkané mateřské mléko ohříváme?**



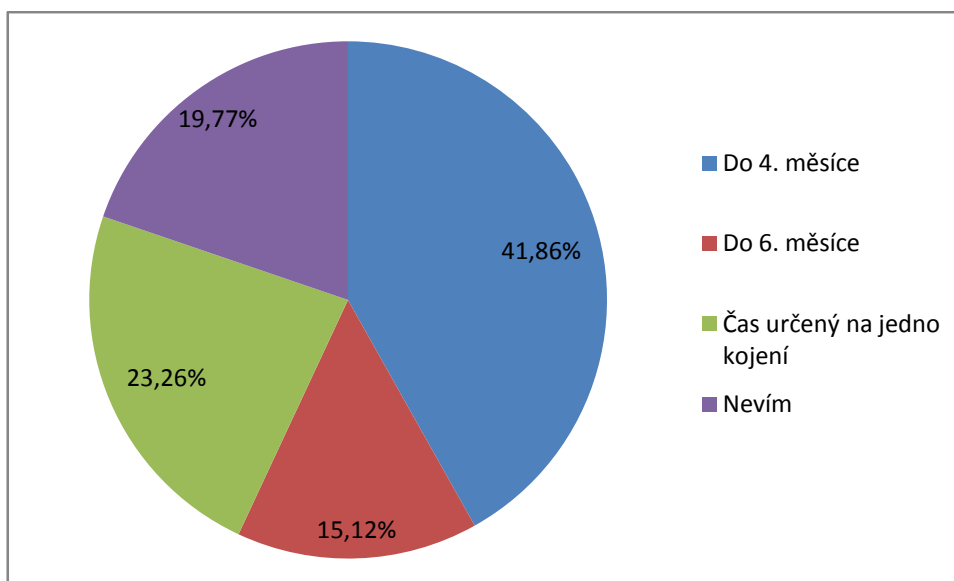
**Otázka číslo 10- Doporučená délka kojení je minimálně ... měsíců**

Položením této otázky jsme chtěli zjistit, jak budou ženy odpovídat, aniž by měly jakkoli na výběr. Je zajímavé, že spousta žen uvedla čas pro jedno kojení jako takové, nikoli doporučenou délku v měsících- stáří dítěte.

**Tabulka 10 – Doporučená délka kojení je minimálně ... měsíců**

	Absolutní počet	Relativní počet
Do 4. měsíce	36	41,86%
Do 6. měsíce	13	15,12%
Čas určený na jedno kojení	20	23,26%
Nevím	17	19,77%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 10 – Doporučená délka kojení je minimálně ... měsíců**



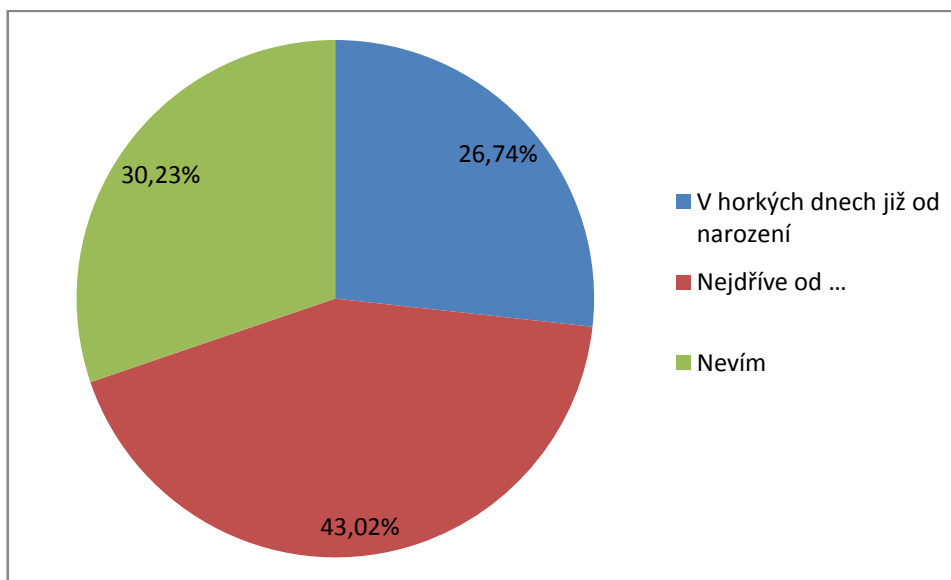
### Otázka číslo 11- Čaj můžeme kojenému miminku nabízet...

Chtěli jsme zjistit, zda ženy ví, že v prvních měsících života miminku plně stačí mléko, nepotřebuje žádné další tekutiny. Dvě ženy dokonce uvedly, že by dítěti čaj ještě dosladilo, pokud by jej odmítalo. Rovněž i zde předpokládáme a průzkumem se potvrdilo, že maminky nižšího vzdělání dětem čaj podávají, s ohledem na nižší informovanost o dané problematice.

Tabulka 11 – Čaj můžeme kojenému miminku nabízet...

	Absolutní počet	Relativní počet
V horkých dnech již od narození	23	26,74%
Nejdříve od ...	37	43,02%
Nevím	26	30,23%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 11 – Čaj můžeme kojenému miminku nabízet...



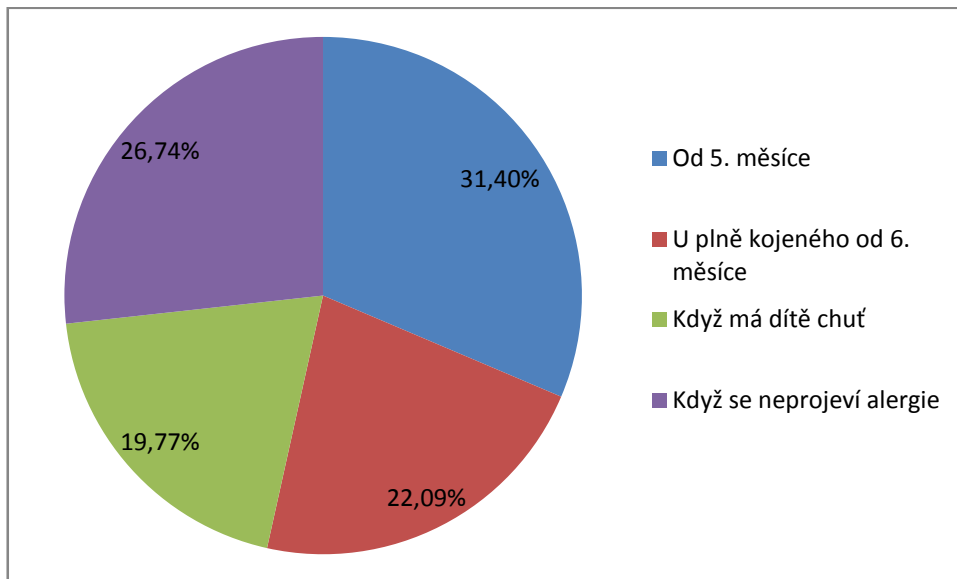
### Otázka číslo 12- Zeleninový příkrm zavádíme do stravy od ... měsíce.

U takto položené otevřené otázky ženy odpovídaly i tak, že nabízejí dítěti příkrm ve chvíli, kdy na něj má samo chuť, nebo když se neobjeví u miminka žádná alergie, přestože sama otázka nabízí časové období.

Tabulka 12 – Zeleninový příkrm zavádíme do stravy od ... měsíce.

	Absolutní počet	Relativní počet
Od 5. měsíce	27	31,40%
U plně kojeného od 6. měsíce	19	22,09%
Když má dítě chuť	17	19,77%
Když se neprojeví alergie	23	26,74%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 12 – Zeleninový příkrm zavádíme do stravy od ... měsíce.**



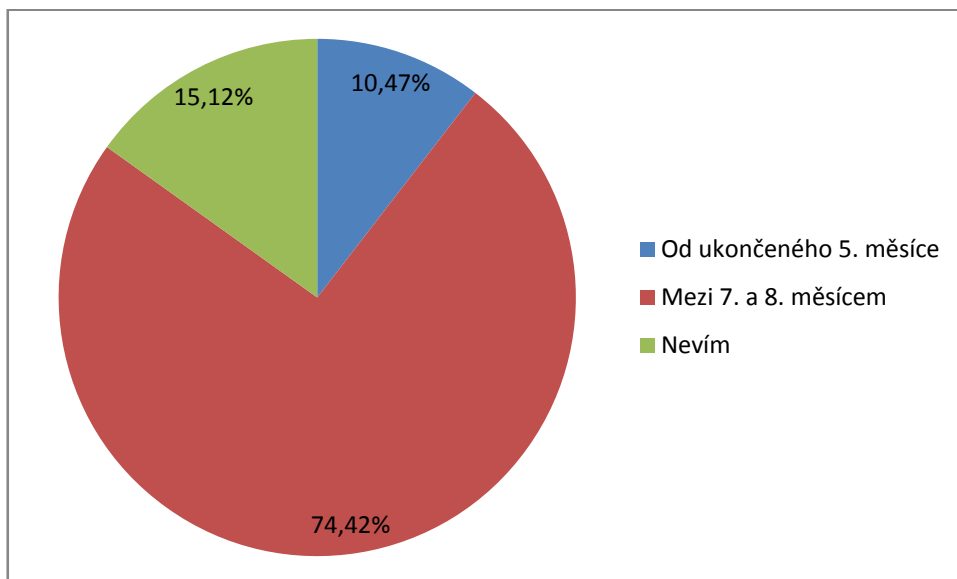
**Otázka číslo 13- Masový příkrm podáváme dítěti ...**

V této otázce dáváme respondentkám prostor, aby vyjádřily svůj názor o podávání masového příkrmu. Zjistili jsme, že většina žen začne masový příkrm přidávat přesně podle doporučení, což považujeme za velmi příznivou informaci. Masový příkrm do stravy dítěte zahrnujeme od 7. měsíce.

**Tabulka 13 – Masový příkrm podáváme dítěti...**

	Absolutní počet	Relativní počet
Od ukončeného 5. měsíce	9	10,47%
Mezi 7. a 8. měsícem	64	74,42%
Nevím	13	15,12%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 13 – Masový příkrm podáváme dítěti...**



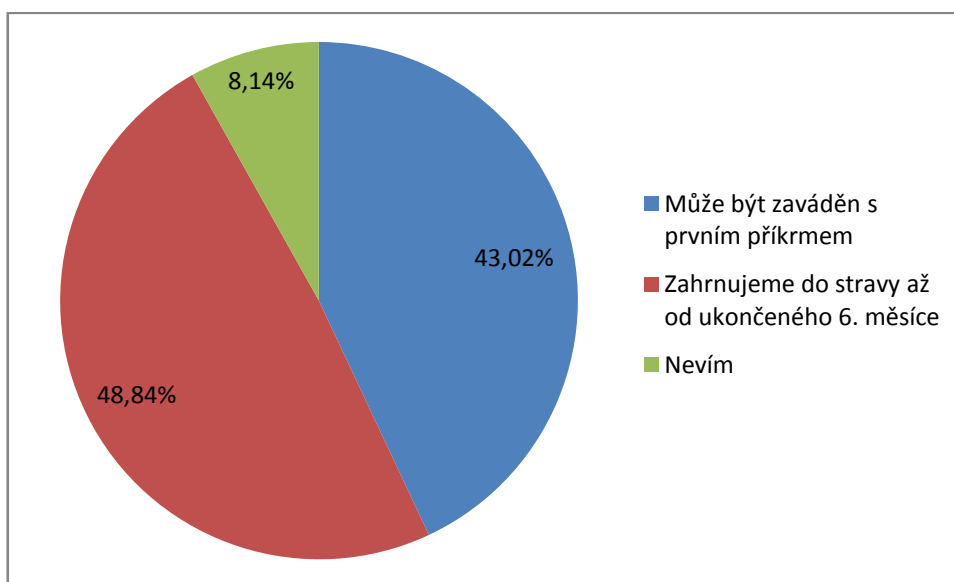
#### Otázka číslo 14- Lepek (rohlík, krupicová kaše) ve stravě dítěte:

Odpovědi respondentek byly vcelku vyrovnané v případě přidávání lepku do stravy u prvního příjmu- domníváme se, že ženy kromě zeleninového příjmu volí i krupičnou kaši k večeři, aby dítě děle "vydrželo" syté. Druhou miskou vah tvoří matky, které přidávají lepek do stravy dle doporučení od ukončeného 6. měsíce věku dítěte.

Tabulka 14 – Lepek (rohlík, krupicová kaše) ve stravě dítěte:

	Absolutní počet	Relativní počet
Může být zaváděn s prvním příjmem	37	43,02%
Zahrnujeme do stravy až od ukončeného 6. měsíce	42	48,84%
Nevím	7	8,14%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 14 – Lepek (rohlík, krupicová kaše) ve stravě dítěte:



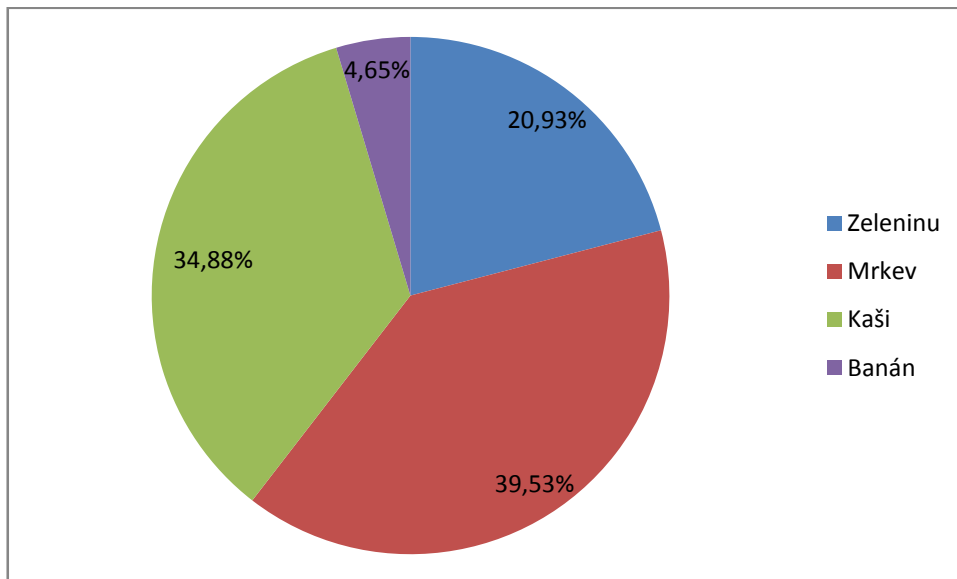
#### Otázka číslo 15- Jako první příjím volíme ...

Stejný případ jako v předešlé otázce, téměř totožný počet respondentek by volil buď mrkvový příjím, nebo kaši. Menší procento odpovědí pak byly možnosti zeleniny- pochopili jsme, že ženy myslely jakoukoliv zeleninu a malé procento žen by volilo jako první příjím banán.

Tabulka 15 – Jako první příjím volím ....

	Absolutní počet	Relativní počet
Zeleninu	18	20,93%
Mrkev	34	39,53%
Kaši	30	34,88%
Banán	4	4,65%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 15** Jako první příkrm volíme ...



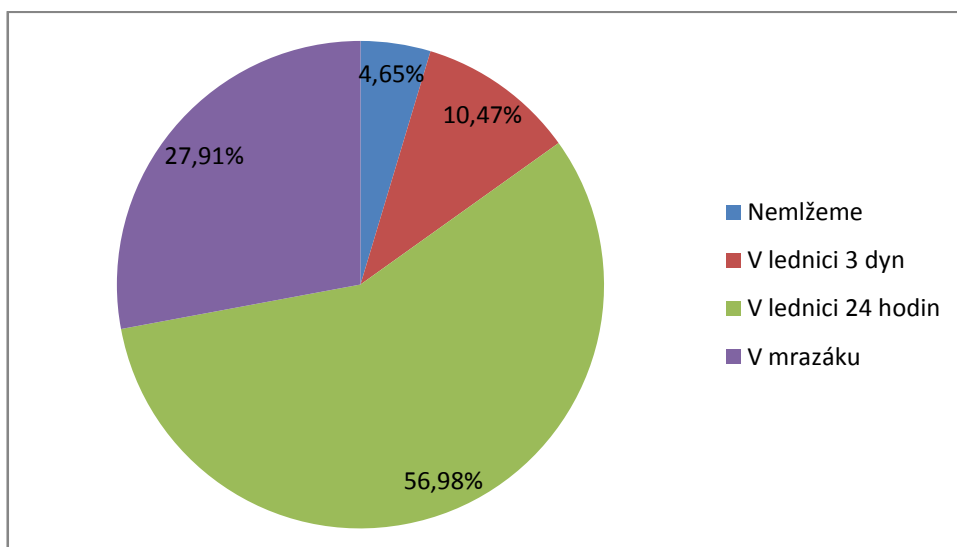
**Otázka číslo 16- Odstříkané mateřské mléko můžeme uchovávat ...**

Další otázkou, jak je evidentní, zjišťujeme, jaké je míra informovanosti mezi ženami o uchování odstříkaného mateřského mléka. Příjemným zjištěním bylo, že maminky jsou o vhodné délce uchování čerstvého mateřského mléka relativně dobře informovány, stejně tak maminky mají pravdu, že mateřské mléko lze uchovávat i zamražené, a to š měsíce.

**Tabulka 16 – Odstříkané mateřské mléko můžeme uchovávat ...**

	Absolutní počet	Relativní počet
Nemlžeme	4	4,65%
V lednici 3 dyn	9	10,47%
V lednici 24 hodin	49	56,98%
V mrazáku	24	27,91%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 16 – Odstříkané mateřské mléko můžeme uchovávat ...**





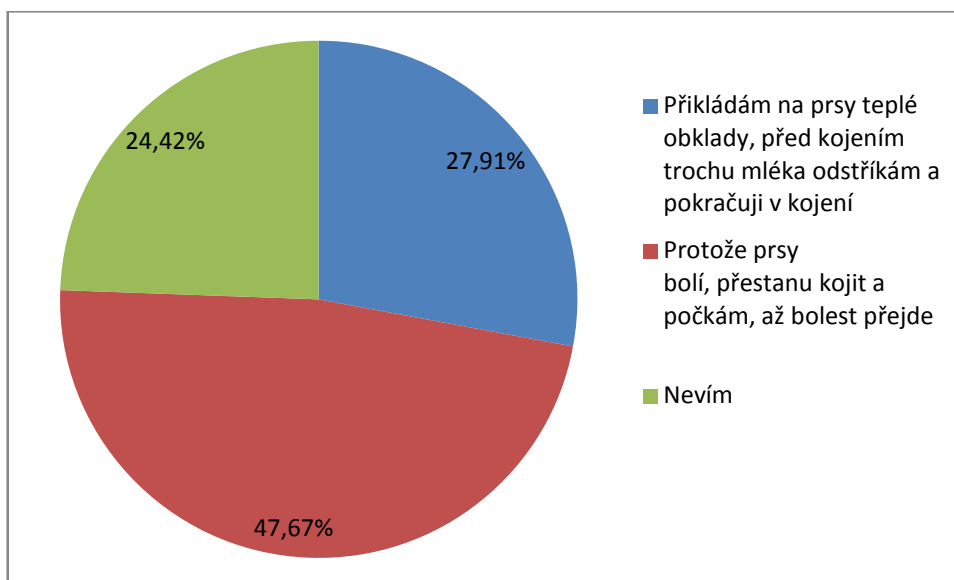
### Otázka číslo 17- Kojím, mé prsy jsou bolestivě nalité.

Je znepokojivé, že většina žen by při těchto jistě nepříjemných obtížích opravdu byla rozhodnuta přestat kojit. Toto však není nutné, naopak, správná stimulace laktace působí preventivně proti zatvrdnutí či mastitidě.

Tabulka 17 – Kojím, mé prsy jsou bolestivě nalité.

	Absolutní počet	Relativní počet
Přikládám na prsy teplé obklady, před kojením trochu mléka odstříkám a pokračuji v kojení	24	27,91%
Protože prsy bolí, přestanu kojit a počkám, až bolest přejde	41	47,67%
Nevím	21	24,42%
Celkem	86	100,00%

Graf 17 – Kojím, mé prsy jsou bolestivě nalité.



### 3.3 Rozbor jednotlivých položek- zhodnocení otevřených otázek

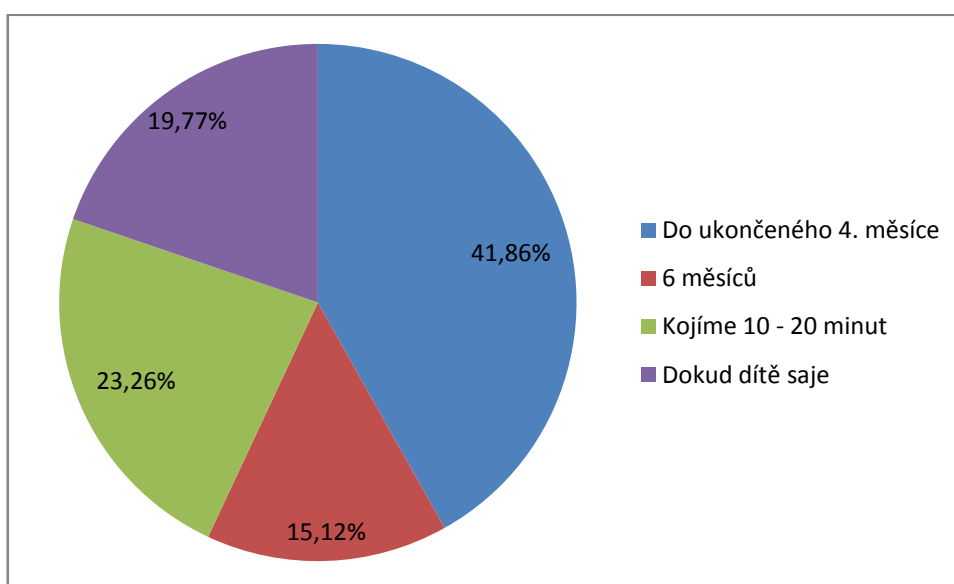
Pro zpřesnění údajů a získání více možných informací, jsme respondentkám též položili 12 otevřených otázek, na které měli prostor odpovědět bez podbízení možných odpovědí. Informace od maminek jsou tak zcela spontánní, rovněž také velmi různorodé. Tyto podobné otázky byly součástí dotazníku u předvýzkumu, vyseletovali jsme otázky špatně položené. Výsledky odpovědí na otevřené otázky jsme zpracovali kvalitativně i kvantitativně. Většinou se odpovědi žen opakovaly, jen otázka číslo 12 nešla nejednoznačně zpracovat kvantitativně, jelikož na ní respondenty odpovídaly velmi rozličně.

## Otázka číslo 1- Doporučená délka kojení je minimálně ... měsíců

Tabulka 18 – Doporučená délka kojení je minimálně... měsíců.

	Absolutní počet	Relativní počet
Do ukončeného 4. měsíce	36	41,86%
6 měsíců	13	15,12%
Kojíme 10 - 20 minut	20	23,26%
Dokud dítě saje	17	19,77%
Celkem	86	100,00%

Graf 18 – Doporučená délka kojení je minimálně... měsíců.

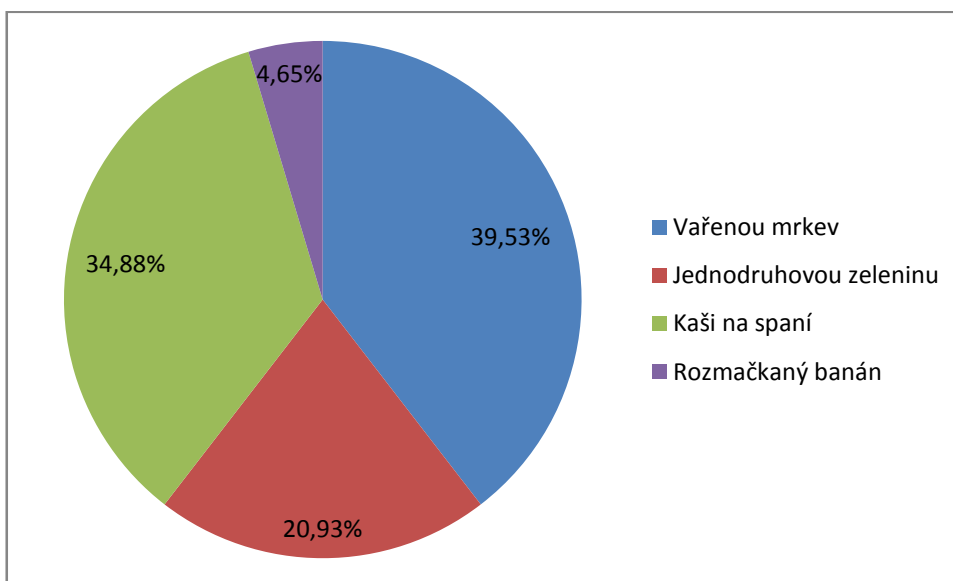


## Otázka číslo 2- Jako první příkrm ..

Tabulka 19 – Jako první příkrm ...

	Absolutní počet	Relativní počet
Vařenou mrkev	34	39,53%
Jednodruhovou zeleninu	18	20,93%
Kaši na spaní	30	34,88%
Rozmačkaný banán	4	4,65%
Celkem	86	100,00%

**Graf 19 – Jako první příkrm..**



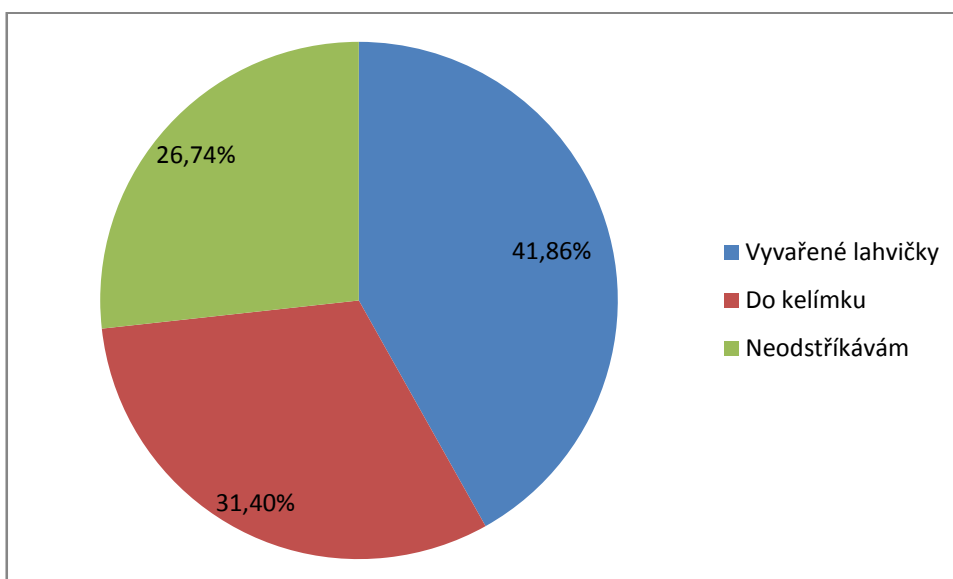
**Otázka číslo 3- Mateřské mléko odstříkávám do ...**

Maminky často odpovídaly, že mateřské mléko odstříkávají do kelímku, předpokládáme, že kelímkem byly myšleny speciální nádoby výrobcem určené na odsťíkané mateřské mléko.

**Tabulka 20 – Mateřské mléko odstříkávám do ...**

	Absolutní počet	Relativní počet
Vyvařené lahvičky	36	41,86%
Do kelímku	27	31,40%
Neodstříkávám	23	26,74%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 20 – Mateřské mléko odstříkávám do ...**

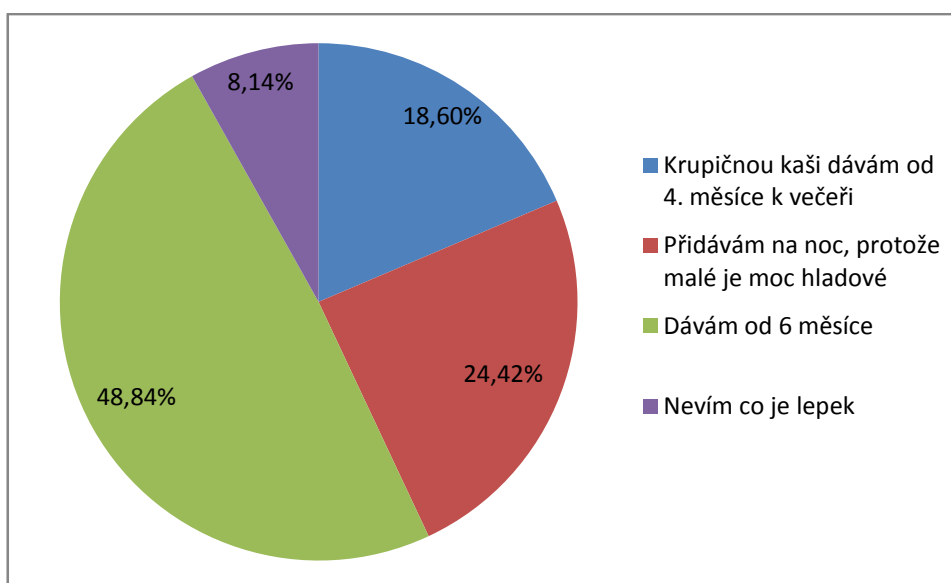


#### Otázka číslo 4- Vím, že lepek (obilnou kaši, rohlík ...) ...

Tabulka 21 – Vím, že lepek (obilnou kaši, rohlík, ...) ...

	Absolutní počet	Relativní počet
Krupičnou kaši dávám od 4. měsíce k večeři	16	18,60%
Přidávám na noc, protože malé je moc hladové	21	24,42%
Dávám od 6 měsíce	42	48,84%
Nevím co je lepek	7	8,14%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 21 – Vím, že lepek (obilnou kaši, rohlík ...) ...



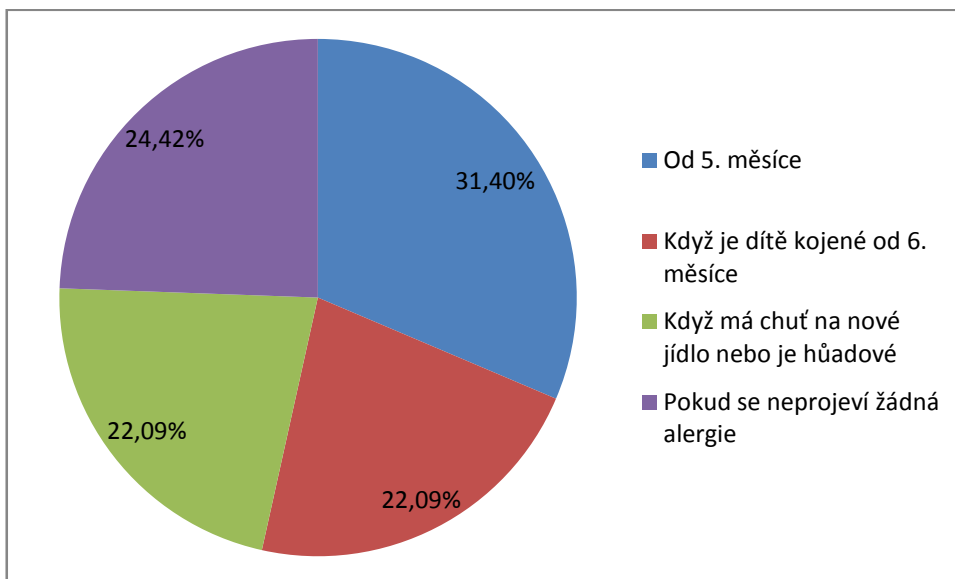
#### Otázka číslo 5- Zeleninu dáváme dítěti jako hlavní jídlo, když ...

V této části průzkumu maminky často uváděly, že o volbě podávání zeleniny rozhoduje, zda je miminko hodně hladové, či nikoli.

Tabulka 22 – Zeleninu dáváme dítěti jako hlavní jídlo, když ...

	Absolutní počet	Relativní počet
Od 5. měsíce	27	31,40%
Když je dítě kojené od 6. měsíce	19	22,09%
Když má chuť na nové jídlo nebo je hladové	19	22,09%
Pokud se neprojeví žádná alergie	21	24,42%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

**Graf 22 – Zeleninu dáváme dítěti jako hlavní jídlo, když ...**

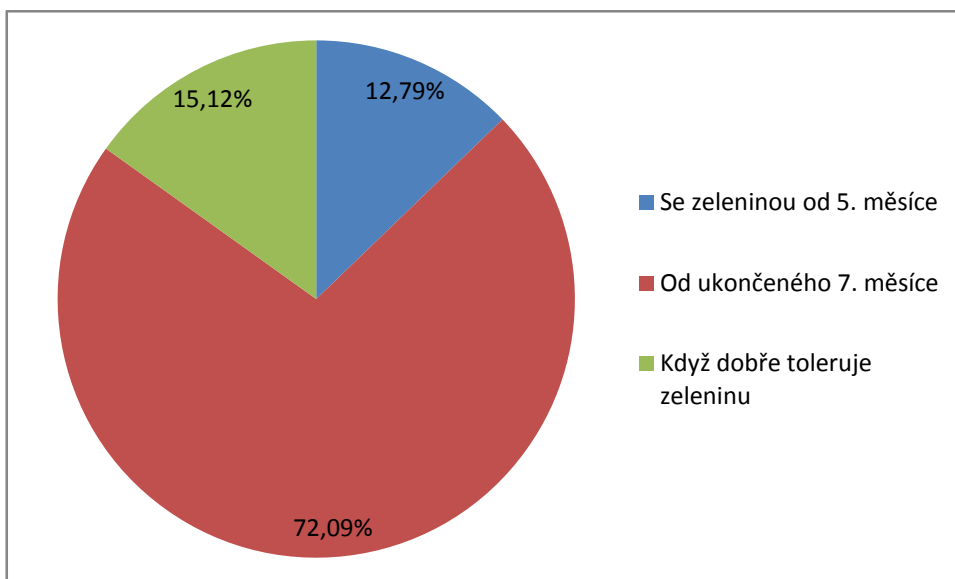


**Otázka číslo 6- Maso můžeme do stravy přidávat od ...**

**Tabulka 23 – Maso můžeme do stravy přidávat od ...**

	<b>Absolutní počet</b>	<b>Relativní počet</b>
<b>Se zeleninou od 5. měsíce</b>	11	12,79%
<b>Od ukončeného 7. měsíce</b>	62	72,09%
<b>Když dobře toleruje zeleninu</b>	13	15,12%
<b>Celkem</b>	86	100,00%

**Graf 23 – Maso můžeme do stravy přidávat od ...**

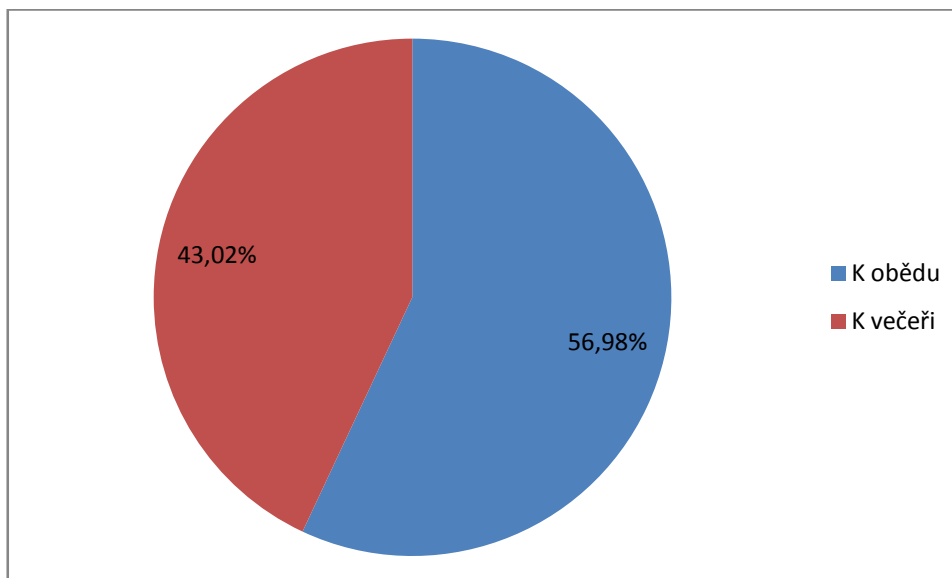


### Otázka číslo 7- V jakou denní dobu začneme podávat první příkrm ...

Tabulka 24 – V jako denní dobu začneme podávat první příkrm...

	Absolutní počet	Relativní počet
K obědu	49	56,98%
K večeři	37	43,02%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 24 – V jako denní dobu začneme podávat první příkrm...



### Otázka číslo 8- Bílek do stravy dítěte zahrnujeme až ...

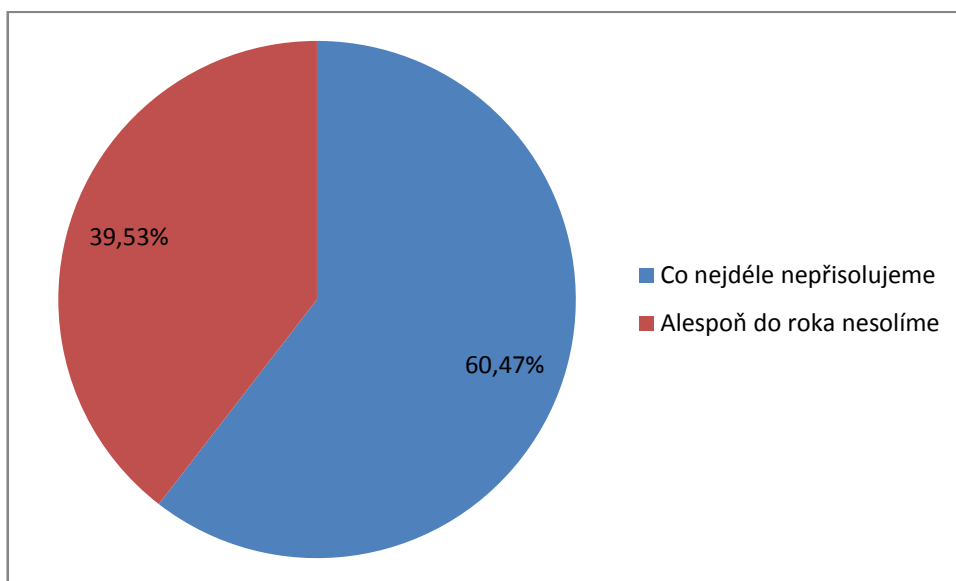
Překvapivě se všechny respondentky shodují a zároveň odpovídají správně, že bílek je do stravy dítěte vhodné přidávat až po 1 roce věku, neboť patří mezi významné alergeny. Proto tuto otázku neuvádíme v tabulce ani grafu.

### Otázka číslo 9- Stravu dítěti přisolujeme ...

Tabulka 25 – Stravu dítěti přisolujeme...

	Absolutní počet	Relativní počet
Co nejdéle nepřisolujeme	52	60,47%
Alespoň do roka nesolíme	34	39,53%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 25 – Stravu dítěti přisolujeme...

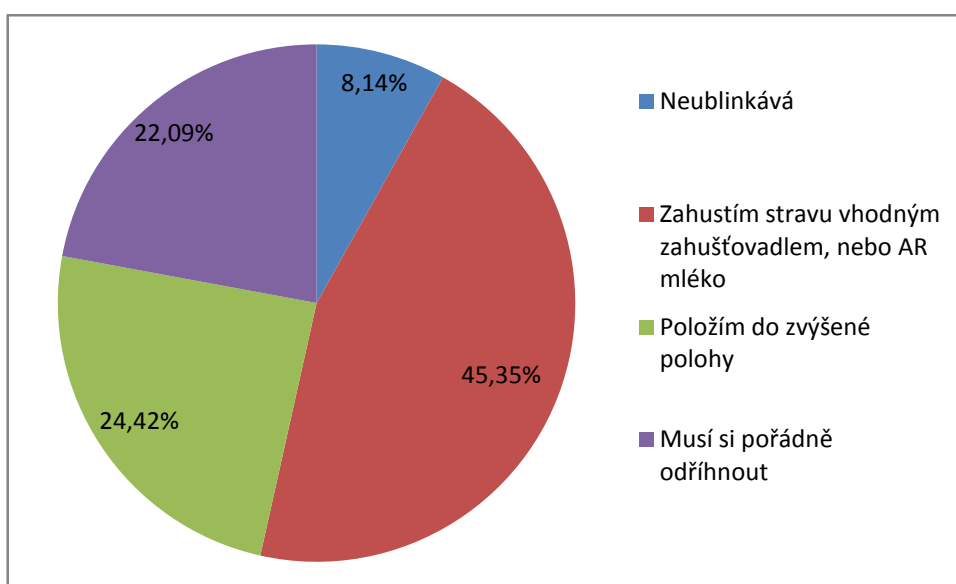


Otázka číslo 10- Nekožené dítě často ublinkává...

Tabulka 26 – Nekožené dítě často ublinkává...

	Absolutní počet	Relativní počet
Neublinkává	7	8,14%
Zahustím stravu vhodným zahušťovadlem, nebo AR mléko	39	45,35%
Položím do zvýšené polohy	21	24,42%
Musí si pořádně odříhnout	19	22,09%
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100,00%</b>

Graf 26 – Nekožené dítě často ublinkává...

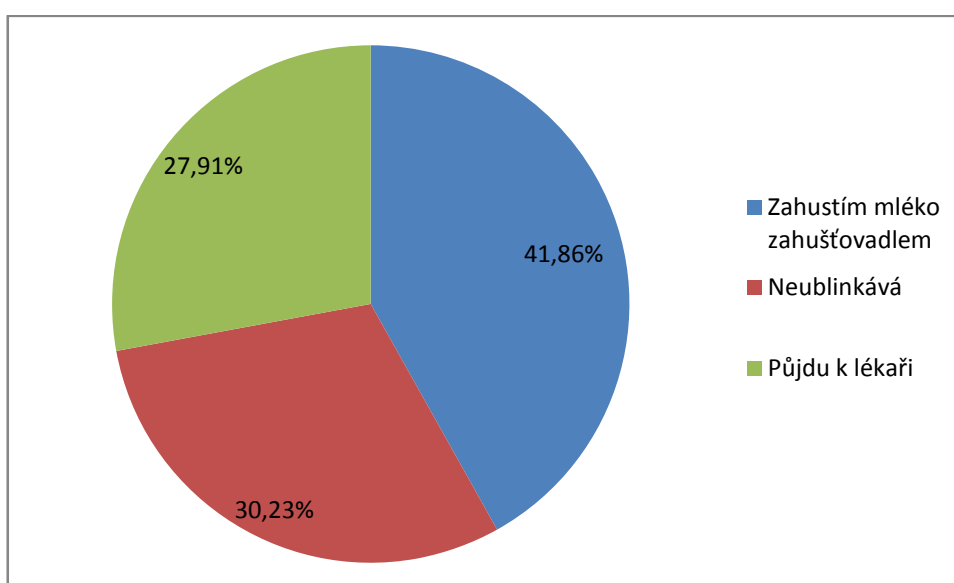


## Otázka číslo 11- Mé miminko je kojené a častěji ublinkává...

Tabulka 27 – Mé miminko je kojené a častěji ublinkává...

	Absolutní počet	Relativní počet
Zahustím mléko zahušťovadlem	36	41,86%
Neublinkává	26	30,23%
Půjdu k lékaři	24	27,91%
Celkem	86	100,00%

Graf 27 – Mé miminko je kojené a častěji ublinkává...



## Otázka číslo 12- Dala jste někdy miminku ochutnat např. omáčku, čokoládu nebo zmrzlinu, i když bylo brzy na to, začít s příkrmem?

Tato otázka nešla jednoznačně zpracovat kvantitativním způsobem, respondentky uváděly širokou škálu možností, zprvu jsme je chtěly spojit do skupin, ale nakonec jsme to nepovažovali za vhodné a uvádíme proto příklady- čokoláda, jiné cukrovinky od strašících dětí (obavy z vdechnutí pevných kousků!), omáčku i s knedlíky, zmrzlina- ani jedna z maminek nevedla, že by se při podání zmrzliny obávaly nákazy salmonellou, šťávu z ovoce, pivo na lžičku- tuto odpověď považujeme za velmi znepokojivou, jen 4 matky z celkového počtu 86 dotázaných odpověděly, že jejich miminko dostalo jako první novou chuť příkrm. V průzkumné části se sérií otevřených otázek jsme si ověřili informace získané z dotazníkového šetření. Je zajímavé, že se často lišily odpovědi z dotazníku a odpovědi ze série otevřených otázek, přesto, že některé byly velmi podobné, takřka stejné. Chtěli jsme tak zjistit, jestli maminky odpoví stejně, nebo si budou pamatovat, jak odpověděly v dotazníku, když v otevřených otázkách nemají na výběr nabízenou odpověď. Potvrdilo se, že matky dělají drobné, ale často významné chyby ve výživě svých dětí. Ze způsobu vyplnění jsme vyhodnotili, že maminky často váhaly s odpovědí, škrtaly, než si byly jisté odpovědět. Na základě takto získaných poznatků jsme se rozhodli zpracovat krátkou a přehlednou informační brožuru, ve které jsou stručně a jasně vytyčeny jednotlivé kroky ve výživě miminka.



### **3.4 Rozbor jednotlivých položek- výsledky metody rozhovoru**

Další součástí šetření je metoda rozhovoru. Pro tuto metodu jsme se rozhodli s očekáváním, že se nám dostane opět širokého zástupu odpovědí, ze kterých budeme moci vyvodit další hodnotné výsledky pro naše šetření. Rozhovor byl uskutečněn s 15 ženami, v příloze práce je opis vzorového rozhovoru. Se souhlasem všech 15 žen byl rozhovor zaznamenáván, aby nedošlo k případnému zkreslení odpovědí. Maminky jsme ujistili, že informace od nich získané jsou určeny výhradně ke zpracování našeho šetření a nebudou nikde publikovány. Chtěli jsme od matek získat co nejvíce informací o jejich miminku. Rozhovor byl veden tak, abychom maminku zaujali naším zájmem o dítě, získali si její důvěru a ona se tak nebála naprosto otevřeně odpovídat na naše otázky.

## 4 DISKUZE

V hypotéze číslo 1 předpokládáme, že ženy vzdělanější a ty s větším počtem dětí než jedno, budou lépe informovány než ženy vyučené, nebo ženy starší. Průzkumem se skutečně potvrdilo, že maminky vyššího vzdělání mají lepší a kvalitnější informace týkající se této problematiky. Kvalita informací je také velmi dobrá rovněž u maminek se dvěma a více dětmi, domníváme se, že je to zkušenostmi, které maminky během vývoje svých dětí získaly. Ženy s nižším vzděláním také častěji vyhledávají odpovědi na své otázky mezi kamarádkami nebo od svých matek.

V hypotéze číslo 2 předpokládáme, že matky starších dětí nemají dostatečně kvalitní informace o možnostech výživy. Domníváme se, že jednak ženy starší a jednak ženy s odrostlými dětmi mohly některé důležité momenty týkající se dětské výživy zapomenout jednoduše proto, že už je "nepotřebují". Také předpokládáme, že v minulých letech ještě ženy nebyly natolik zvyklé vyhledávat nové informace v médiích (internet) nebo z odborné literatury.

V hypotéze číslo 3- předpokládáme, že maminky stále často dělají chyby ve výživě svých dětí. Průzkumem se skutečně potvrdilo, že respondentky ve výživě kojenců a batolat chybují. Vzhledem k tomu, že strava má nemalý význam na správný vývoj dítěte, jde o zjištění fatální. Avšak musíme konstatovat, že poměr znalých matek orientovaných v dané problematice je téměř shodný s poměrem maminek dělajících zásadní chyb ve výživě.

Z dotazníkového šetření vyplynuly chyby, kterých se maminky často dopouštějí. Je patrné, že jsou si někdy těmi chybami vědomi, dělají je záměrně, protože si neuvědomují, že tyto chybné kroky nejsou hned patrné. Často se ženy domnívají, když čas od času neudělají vše tak, jak se má, že se nemusí nic stát.

Tyto omyly ve výživě dětí jsme si potvrdili i u metody otevřených otázek. Nabízený prostor pro odpovědi maminek ukázal, že ne vždy jsou si ženy jisty svou volbou odpovědi, je evidentní, že si tak nejsou ani jisty správnými kroky ve výživě. Opět jsme zaznamenali a vyhodnotili časté chyby.

Metodou rozhovoru jsme odhalili chyby nejlépe, ale také získali větší přehled o tom, jak maminky postupují, že chyby, které sami dělají, mohou být často způsobeny i nátlakem "zkušenějších" babiček. Maminky často uváděly, že když jejich matky vychovaly tolik dětí a jsou zdravé, že to budou dělat tak, jak říkají jejich matky. Mnohdy jsme s od maminek dozvěděli, že jim často není oporou ani pediatr, ten vyhodnotí situaci, vyřkne závěr a matky se tak v problému utápějí sami dál, často s pocity, že jsou "špatné" matky.

Dozvěděli jsme se také, že není výjimkou, že miminka během svého vývoje ještě před podáním prvního příkrmu zakusila různé chutě, ať už je to čokoláda, nebo zmrzlina, kterou dostali ochutnat, nebo sladký čaj a šťávy, či snad také med na šidítka!

Výsledky byly zpracovány pravdivě na základě informací získaných popsáními způsoby šetření.

Po zhodnocení těchto informací jsme zpracovali jednoduchou informační brožuru, ve které jsme vytyčili jednotlivé kroky ve výživě kojenců a batolat. Brožura popisuje kojení, jeho výhody, problémy provázející kojení. Dále se věnuje zavádění příkrmů, popisuje vhodnou stravu pro miminko. Tato brožura by byla k dispozici všem maminkám, které se chtějí vyvarovat chybám ve výživě svých dětí.

Dále jsme se rozhodli na základě těchto informací v budoucnu připravit edukační program, který se bude výživě kojenců a batolata věnovat. Jeho součástí by byly i nejčastější problémy provázející poporodní období, zahrnující nejen otázky týkající se kojení a výživy, ale i mnoho dalších. Tento edukační program by mohl být součástí předporodních kurzů, ale také by mohl fungovat jako samostatný seminář. Maminky sice mají základní informace o výživě a přístupu k miminku z porodnice i od pediatra, ale domníváme se, že v tomto pro ženu velmi emočně vypjatém období je důležité, aby získala jistotu a podporu. Proto je dobré, aby tyto informace získala už dříve, v době těhotenství, nebo aby po porodu měla k dispozici něco, nebo někoho, kde může své otázky a problémy rozebrat a získat cenné rady.

## 5 ZÁVĚR

Během šetření jsme se setkali s rozsáhlým množstvím nových informací. Výživa kojenců a batolat je důležitým tématem, jemuž bychom měli věnovat jistou pozornost.

Chyby ve stravování dítěte mohou mít za následek chybění některých látek ve stravě, což může mít v některých případech neblahý vliv na jeho vývoj. Zjistili jsme, že maminky často dělají drobné chyby ve volbě příkrmů a s problémy týkajícími se kojení si nedovedou dostatečně poradit. Dále jsme také zjistili, že zastoupení respondentek, které své děti kojí nebo kojily, je téměř vyrovnaný s počtem maminek, které své děti téměř od narození živí umělými formulemi.

Je nutno také konstatovat, že maminky kojených dětí si často sami neví rady s drobnými krizemi, které kojení mohou na počátku provázet, ať už se jedná o bolestivé nalití prsů, nebo nesprávnou techniku kojení. V rozhovorech často maminky uváděly, že se s chybami bojí svěřit pediatrovi, aby nevypadaly jako špatné matky. Informace často vyhledávají na internetu, nebo v literatuře, také mezi kamarádkami.

Výstupem práce je informační brožura, která upozorňuje na problémy provázející kojení, radí maminkám, jak postupovat s příkrmy, kdy je do stravy zavádět a v jaké formě. Je psána jednoduše, stručně a srozumitelně pro všechny maminky.

Dále do budoucna připravujeme edukační program, který zahrnuje veškerou problematiku výživy kojenců a batolat. Usilujeme, aby byl součástí předporodních kurzů, nebo existoval samostatně.

## SEZNAM LITERATURY

BAYER, M., I. BURIÁNOVÁ a P. FRÜHAUF, 2005. Lipidy ve výživě dětí. Konice: Jaroslav Konínek. pro NESTLÉ Česko, s.r.o. ISBN 80-903507-2-0

FRÜHAUF, P., M. FUCHS, S. POLÁŠKOVÁ a B. ZLATOHLÁVKOVÁ, 2006. Alergie dětského věku. Praha: Solen Print, s.r.o. ISBN 80-903776-0-2

FRÜHAUF, P., J. NEVORAL a M. PAULOVÁ, 2003. Výživa novorozenců a kojenců současný pohled. Praha: Solen, s.r.o. ISBN 80-239-2011-1

FRÜHAUF, P., R. KOTALOVÁ, J. KYTNAROVÁ, F. SCHNEIBERG a B. ZLATOHLÁVKOVÁ, 2004. Neprospívání kojenců a batolat. Konice: Jaroslav Konínek. pro NESTLÉ Česko, s.r.o. ISBN 80-903507-0-4

KUDLOVÁ, Eva a Anna MYDLILOVÁ, 2005. Výživové poradenství u dětí do dvou let. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6203-6

GREGORA, Martin, 2004. Výživa malých dětí. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-9022-x

NEVORAL, J. aj. 2003. Výživa v dětském věku. 1: vyd. Jinočany: HaH. ISBN 80-86022-93-5

FRÜHAUF, P. aj. 2000. Fyziologie a patologie dětské výživy. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0069-2

PAULOVÁ, Magdalena, 2000. Kojení. 1. vyd. Praha: Vašut. ISBN 80-7236-194-5

KEJVALOVÁ, Lenka, 2008. Výživa dětí od A do Z 2. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7021-993-5

HANREICH, Ingebord, 2001. Jídlo a pití malých dětí. Z něm. orig. přel. Svatava Máchová. Praha: Grada. ISBN 80-247-0100-6

ALLEN, K. Eillen a Lyn, R. MAROTZ, 2008. Přehled vývoje dítěte od prenatálního vývoje do osmi let. Z angl. orig. přel. Petra Vlčková. Praha: Portál. 978-80-7367-421-2

MUNTAU, Ania, Carolina, 2009. Pediatrie. 1. české vyd. Z angl. přel. Jan Jenda. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2525-3

POZLER, Oldřich, 1999. Gastroenterologie. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-016-9

SLANÝ, Jaroslav, 2008. Speciální pediatrie pro ošetřovatelství. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-472-3

Kojení (online). Laktační liga. (13.02.2013). Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/kojeniCR.php>

## **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

Laktoza: disacharid označený jako mléčný cukr

Sacharoza: disacharid tvořený molekulou glukózy a fruktozy, řepný a třtinový cukr

Karubin: vláknina rozpustná v teplé vodě, najdeme ji v semenech rostliny Rohovník obecný

Gastroesofageální reflex: zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu

Kariogeneze: tvorba zubního kazu

Bakteriémie: přítomnost bakterií v krvi

Kasein: hlavní protein v savčím mléce

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

MM - mateřské mléko

MCT – emulgované tuky se středně dlouhým řetězcem

WHO – Světová zdravotnická organizace

UNICEF – dětský fond OSN, charitativní organizace

GER – gastroesofageální reflex

ABKM – alergie na bílkovinu kravského mléka

HA - hypoantigenní

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věk .....	30
Tabulka 2 - Vzdělání.....	31
Tabulka 3 – Věk dětí.....	31
Tabulka 4 – Je vhodné miminku často nabízet prs? .....	32
Tabulka 5 - Když kojím, dítě nepotřebuje žádné léky? .....	33
Tabulka 6 - Kamarádka mi poradila, že mám slabé mateřské mléko, měla bych přestat kojit? .....	33
Tabulka 7 - Jsem nemocná, musím přestat kojit, protože je mé mléko plné bakterií? ...	34
Tabulka 8 – Lahvička kojení neškodí .....	35
Tabulka 9 – Je jedno, jak odstříkané mateřské mléko ohříváme? .....	35
Tabulka 10 – Doporučená délka kojení je minimálně ... měsíců.....	36
Tabulka 11 – Čaj můžeme kojnému miminku nabízet... ..	37
Tabulka 12 – Zeleninový příkrm zavádíme do stravy od ... měsíce.....	37
Tabulka 13 – Masový příkrm podáváme dítěti... ..	38
Tabulka 14 – Lepek (rohlík, krupicová kaše) ve stravě dítěte:.....	39
Tabulka 15 – Jako první příkrm volím .... ..	39
Tabulka 16 – Odstříkané mateřské mléko můžeme uchovávat ... ..	40
Tabulka 17 – Kojím, mé prsy jsou bolestivě nalité. ....	41
Tabulka 18 – Doporučená délka kojení je minimálně... měsíců.....	42
Tabulka 19 – Jako první příkrm .....	42
Tabulka 20 – Mateřské mléko odstříkávám do .....	43
Tabulka 21 – Víím, že lepek (obilnou kaši, rohlík, ...) ... ..	44
Tabulka 22 – Zeleninu dáváme dítěti jako hlavní jídlo, když ... ..	44
Tabulka 23 – Maso můžeme do stravy přidávat od ... ..	45
Tabulka 24 – V jako denní dobu začneme podávat první příkrm.....	46
Tabulka 25 – Stravu dítěti přisolujeme.....	46
Tabulka 26 – Nekožené dítě často ublinkává... ..	47
Tabulka 27 – Mé miminko je kožené a častěji ublinkává... ..	48



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věk .....	30
Graf 2 – Vzdělání.....	31
Graf 3 – Věk Děti.....	32
Graf 4 - Je vhodné miminku často nabízet prs?.....	32
Graf 5 - Když kojím, dítě nepotřebuje žádné léky? .....	33
Graf 6 - Kamarádka mi poradila, že mám slabé mateřské mléko, měla bych přestat kojit? .....	34
Graf 7 - Jsem nemocná, musím přestat kojit, protože je mé mléko plné bakterií?.....	34
Graf 8 – Lahvička kojení neškodí.....	35
Graf 9 – Je jedno, jak odstříkané mateřské mléko ohříváme? .....	36
Graf 10 – Doporučená délka kojení je minimálně ... měsíců.....	36
Graf 11 – Čaj můžeme kojenému miminku nabízet... ..	37
Graf 12 – Zeleninový příkrm zavádíme do stravy od ... měsíce.....	38
Graf 13 – Masový příkrm podáváme dítěti.....	38
Graf 14 – Lepek (rohlík, krupicová kaše) ve stravě dítěte: .....	39
Graf 15 Jako první příkrm volíme ... ..	40
Graf 16 – Odstříkané mateřské mléko můžeme uchovávat ... ..	40
Graf 17 – Kojím, mé prsy jsou bolestivě nalité. ....	41
Graf 18 – Doporučená délka kojení je minimálně... měsíců.....	42
Graf 19 – Jako první příkrm.. ..	43
Graf 20 – Mateřské mléko odstříkávám do ... ..	43
Graf 21 – Víím, že lepek (obilnou kaši, rohlík ...) ..	44
Graf 22 – Zeleninu dáváme dítěti jako hlavní jídlo, když ... ..	45
Graf 23 – Maso můžeme do stravy přidávat od ... ..	45
Graf 24 – V jako denní dobu začneme podávat první příkrm... ..	46
Graf 25 – Stravu dítěti přisolujeme.....	47
Graf 26 – Nekožené dítě často ublinkává... ..	47
Graf 27 – Mé miminko je kojené a častěji klinkává... ..	48

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A Dotazník + otevřené otázky

Příloha B Opis vzorového rozhovoru

Příloha C Čestné prohlášení o sběru dat

Příloha D Informační brožura

## Dotazník

- 1) Jaký je Váš věk?
  - A- 18-30
  - B- 31-45
  - C- 45 a více
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - A- Základní
  - B- Vyučena
  - C- Vyučena s maturitou
  - D- Středoškolské
  - E- Vyšší odborné
  - F- Vysokoškolské
- 3) Věk Vašich dětí
  - A- Děti do 10 let
  - B- Děti starší od 11 let
- 4) Je vhodné miminku často nabízet prs?
  - A- NE, dítě bude vyžadovat prs jako "hračku".
  - B- ANO, několikadenní novorozenec se kojí podle potřeby.
  - C- NE, dítě si zvykne na neustálý přísun stravy a bude obézní.
- 5) Když kojím, dítě nepotřebuje žádné léky.
  - A- ANO, mateřské mléko obsahuje všechny látky podporující obranyschopnost miminka.
  - B- NE, mateřské mléko sice obsahuje látky podporující imunitu miminka, některé léky ale nemůže nahradit.
  - C- Nevím.
- 6) Kamarádka mi poradila, že mám slabé mateřské mléko, měla bych přestat kojit?
  - A- ANO, mléka mám dostatek, ale jeho složení miminku nestačí, často proto pláče, měli bychom přejít na umělé mléko.
  - B- NE, mléko je složením v pořádku, jen musím správně podporovat tvorbu mléka a miminko častěji přikládat.
  - C- Nevím.
- 7) Jsem nemocná, musím přestat kojit, protože je mé mléko plné bakterií?
  - A- ANO, při horečce nebo rýmě jsou v mléce bakterie, které ohrožují miminko infekcí.
  - B- NE, protilátky, které moje tělo vytvořilo stačí i pro potřebu miminka.
  - C- Nevím.
- 8) Lahvička kojení neškodí!
  - A- ANO, lahvičku může matka střídat s kojením podle toho, jak jí to vyhovuje.
  - B- NE, pokud je dítě kojené, nedoporučuje se lahvičku nabízet, aby si nezvykalo na jiný způsob krmení.
  - C- Nevím.
- 9) Je jedno, jak odstříkané mateřské mléko ohříváme?
  - A- ANO, mateřské mléko se může ohřívát jakýmkoliv způsobem.
  - B- NE, ohříváním v mikrovlnné troubě trpí jeho kvalita, má se ohřívát pozvolně v teplé lázni.
  - C- Nevím.
- 10) Doporučená délka kojení je minimálně.....měsíců

11) Čaj můžeme kojenému miminku nabízet..

- A- V horkých dnech již od narození.
- B- Nejdříve od.....
- C- Nevím.

12) Zeleninový příkrm zavádíme do stravy od ..... měsíce.

13) Masový příkrm podáváme dítěti..

- A- Od ukončeného 5. měsíce.
- B- Mezi 7.-8. měsícem.
- C- Nevím.

14) Lepek (rohlík, krupicová kaše) ve stravě dítěte:

- A- Může být zaváděn s prvním příkrmem.
- B- Zahrnujeme do stravy až od ukončeného 6. měsíce.
- C- Nevím.

15) Jako první příkrm volíme .....

16) Odstříkané mateřské mléko můžeme uchovávat.....

17) Kojím, mé prsy jsou bolestivě nalité.

- A- Přiřkládám na prsy teplé obklady, před kojením trochu mléka odstříkám a pokračuji v kojení.
- B- Protože prsy bolí, přestanu kojít a počkám, až bolest přejde.
- C- Nevím.

Otevřené otázky:

Doporučená délka kojení je minimálně .....

Jako první příkrm .....

Mateřské mléko odstříkávám do.....

Vím, že lepek (obilnou kaši, rohlík..) .....

Zeleninu dáváme dítěti jako hlavní jídlo, když .....

Maso můžeme do stravy přidávat od .....

V jakou denní dobu začneme podávat první příkrm .....

Bílek do stravy dítěte zahrnujeme až .....

Stravu dítěti přisolujeme .....

Nekojené dítě často ublinkává .....

Mé miminko je kojené a častěji ublinkává .....

Dala jste někdy miminku ochutnat např. omáčku, čokoládu nebo zmrzlinu, i když bylo brzy na to, začít s příkrmem? .....

## Opis vzorového rozhovoru:

Jak staré je Vaše miminko?

„Synovi jsou tři týdny, narodil se trochu po termínu na začátku března.“

Máte starší děti?

„Ano, mám. Mám 4letou holčičku a 16letého syna.“

Jak byly v tomto věku krmené?

„Kojila jsem je oba.“

Je Vaše miminko kojené?

„Jistě.“

Kolikrát během dne a noci krmíte?

„Zatím dost často – přes den po 2 – 2,5 hodinách a asi tak třikrát za noc, na hodinky se nedívám, trochu u toho pospávám.“

Vyzkoušela jste někdy dát miminku čaj?

„Ne, nemyslím, že je to vhodné, všude píšou, že dítěti stačí mateřské mléko a já si to také myslím.“

Přidáváte už Vašemu děťátku příkrmy?

„Ne, to by mě nenapadlo, je moc malý, na příkrmy se chystám až okolo půl roku, vůbec nebudu pospíchat, myslím, že to není moc dobré začínat příliš brzy. Pokud bude mít dost mléka, budu velmi pomalu postupovat. „

Jak jste postupovala u starších dětí?

„Víceméně stejně, kolem 6 měsíců jsem začala s jednoduchou zeleninou a postupovala dle příruček. Měla jsem takovou brožurku od Hami – dali nám jí v kufříku už v porodnici – a tam bylo, co, kdy přidávat, která zelenina není vhodná a může dítěti způsobit alergii a tak.“

Dávala jste nějaké mléčné příkrmy?

„Ano, zkoušela jsem pak místo večerního kojení kaši – vyzkoušela různé typy – od různých výrobců, ale moc se to neujalo. Jinak mléko jsem dávala jen mateřské, žádné další jsem nepřidávala, takže se v nich moc nevyznám. Všelijaké Nutrilony a tam šly mimo mě, jen jsem se vždycky radovala, jak já to mám bez práce, nemusím pořád všude sebou něco tahat a ještě ušetřím.“

Měla jste s kojením nějaké problémy?

„ Ano, to ano, užila jsem si kdejakou komplikaci – příšerně bolestivé ragády – s nimi kojit mi přijde to nejtěžší, co jsem při kojení zažila, všelijaké boule, retence, 2x zánět s vysokými horečkami. Jednou se mi strašně snížila produkce mléka, probřečela jsem kvůli tomu hodiny, tím to bylo samozřejmě ještě horší, ale pak jsem si přečetla úžasnou větu – věřte svému dítěti, to je nejlepší odborník na kojení – pila čaje, kojila každou hodinu a taky se to spravilo. Taky jsem zažila odmítání prsu, dcera se týden dala nakojit jen ve spánku, bylo jí už 5 měsíců, děsný týden – naštěstí jsou na internetu velmi hezká fóra maminek a tam se najde lecjaká rada. Pediatr nabídne příkrm a hotovo, ale to jsem nechtěla. To, že nebudu kojit pro mě – tak jako i teď s malým – je a bylo nepředstavitelné.“

Dala jste někdy ochutnat miminku čokoládu / zmrzlinu, doslazovala?

„Dala a nedoslazovala. Můj manžel dal dceři bez mého vědomí čokoládu snad v 1 měsíci – že prý hladově koukala a chtěla jí. Zmrzlinu bych nedala ze strachu ze salmonely nejradši ani teď, když už jí jsou 4 roky a nedoslazovala jsem dost dlouho, až do doby, než plně přešli na stejná jídla jako jíme my, pak jsem třeba sladila čaj, ale jinak cukr nepoužívám téměř vůbec, ani by mě to nenapadlo.“

Dávala jste příkrm lžičkou nebo z lahve?

„ Lžičkou, láhev děti odmítaly, já bych proti nebyla. “

## **Čestné prohlášení o sběru dat**

Čestně prohlašuji, že data pro průzkumnou část této práce byla sbírána na základě souhlasu zdravotnického zařízení, a to Fakultní nemocnicí v Plzni- Lochotín, na oddělení kojenců a batolat a na oddělení větších dětí.

## Informační brožura



### Výživa dětí

aneb Vyvarujte se chybám ve výživě Vašeho děťátka

## Kojení jako nejlepší způsob výživy

- \* Mateřské mléko obsahuje všechny důležité látky, které Vaše děťátko potřebuje a je vždy na "míru" právě Vašemu miminku
- \* Doporučená délka kojení je alespoň do ukončeného 4. měsíce, ideálně do ukončeného 6. měsíce, ale ani pak nemusíte s kojením přestávat
- \* Mateřské mléko je levné, vždy teplé, vždy po ruce
- \* S kojením nepřestávejte, když jste sama nemocná
- \* Kojit můžete i když jste znovu těhotná





# Nejčastější problémy při kojení

- \* Bolestivé a popraskané bradavky- dodržujte správnou techniku kojení, miminko u prsu nenechávejte příliš dlouho, po kojení ošetřete prs hojivou mastí
- \* Bolestivé nalití prsů- vhodné jsou teplé obklady před kojením/ teplá sprcha, před kojením část mléka odstříkejte, změkčí se tak prsní dvorec, je vhodné častěji kojit
- \* Retence- zadržování mléka- příznaky i postup jsou stejné jako u bolestivého nalití prsů- nahřát, odstříkat, nakojit, častěji kojit, masírovat zatuhlou část

- \* Mastitida- nejčastěji se projeví kolem 3. týdne po porodu horkým bolestivým otokem prsu s teplotou, schváceností, často postihuje pouze jeden prs. Podávejte studené obklady a vyhledejte lékařskou pomoc, většinou je nutné zahájit antibiotickou léčbu. Stále by se ale mělo z postiženého prsu kojit a měla byste z něj po kojení odstříkat.
- \* Ragády- bolestivé trhlinky na prsou- dlouho se hojí a opravdu velmi bolí! Úzkostlivě dodržujte hygienu, trhlinky pravidelně promazávejte a VYTRVEJTE s kojením, byla by škoda přestat kojit.

- \* Odstříkávání mateřského mléka- připravte si vyvařenou sklenici nebo lahvičku, umyjte si ruce a prs, obejměte prsty dvorec a rytmicky stlačujte ke stěně hrudníku, dokud mléko nepřestane téct. Odstříkávat můžete také odsávačkou.
- \* Uchování odstříkaného mléka- v lednici po dobu 24 hodin, mléko můžete též zamrazit. Ohřívá se pozvolna ve vodní lázni, je tak určeno k přímé spotřebě.



## Umělé mléčné formule

- \* Pokud nechcete nebo nemůžete kojit a Vaše děťátko nemá zdravotní problémy, vyberete si ze široké nabídky firem
- \* V případě komplikací, nebo si nejste jistá volbou, poraďte se o výběru s lékárníkem nebo pediatrem

## Přecházíme na pevnou stravu

- \* Jako první příkrm (od ukončeného 4. měsíce) je vhodné volit vařenou mrkev ve formě pyré, zprvu jednu nebo dvě lžičky, aby si dítě zvyklo.
- \* Další druh vhodné zeleniny přidávejte k prvnímu a to nejdříve za 4–5 dní
- \* Příkrm podávejte vždy lžičkou, začínejte jej podávat k obědu a nikdy jej nepřislazujte



## Vhodné potraviny v prvním roce života

- \* Zelenina- mrkev, brambor, okurka, cuketa, dýně, lilek, kořen petržele, čekanka, chřest, saláty, špenát, červená řepa, porek, květák, kapusta
- \* Ovoce- hrušky, sladká jablka, meloun, avokádo, vinné hrozny, meruňky, švestky, borůvky
- \* Šťávy- jablečná, hrušková, hroznová
- \* Maso- drůbež, králík, jehněčí, hovězí, telecí
- \* Oleje a tuky- slunečnicový, kukuřičný a olivový olej
- \* Pojící prostředky- rýžový, kukuřičný a bramborový škrob

# Jak postupovat s příkrmy

- \* U nekojeného dítěte začněte od ukončeného 4. měsíce, u kojeného od ukončeného 6. měsíce
- \* První volbou je mrkev ve formě pyré, dále brambor, brokolice..
- \* Až si dítě zvykne na zeleninu, asi za měsíc postupně přidáváme do stravy maso, později podáváme 6x týdně, jednou je porce masa nahrazena vaječným žloutkem
- \* Ovocný příkrm začněte podávat opět jednodruhový z krátce podušeného ovoce, banán není nutné dusit



- \* Lepek do stravy dítěte přidávejte až po 6. měsíci věku (obilné kaše, piškoty..)
- \* Obilno- mléčný příkrm začněte podávat až od 8. měsíce, lepší než tvaroh je pro dítě bílý jogurt
- \* Ryby do jídelníčku zařaďte až po roce věku
- \* Stravu nekořeňte a nesolte až do jednoho roku věku dítěte
- \* Plné množství příkrmu by mělo být asi 150- 200g, avšak nechte na dítěti, kolik se rozhodne sníst



Pro spokojená břítška Vašich dětí!