

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Blanka Hofmanová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Blanka Hofmanová

**PROBLEMATIKA KOJENÍ A VÝŽIVY NEDONOŠENÉHO
NOVOROZENCE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Hrachovcová, DiS.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Hofmanová Blanka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika kojení a výživy nedonošeného novorozence

Vedoucí práce: PhDr. Hana Hrachovcová, DiS.

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 39

Počet příloh: 13

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: kojení – výživa – porodní asistentka – informovanost žen – nedonošený novorozenec – alternativní způsoby krmení

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku kojení a výživy nedonošených novorozenců. Hlavním cílem bylo zjistit, v jaké míře jsou matky, které předčasně porodily své dítě, informované o možnostech kojení a výživy nedonošeného novorozence. Teoretická část shrnuje informace o předčasně narozeném novorozenci, o fyziologii laktace a popisuje komplexně kojení. Také se zabývá alternativními metodami krmení nedonošeného novorozence, řeší výživu novorozence obecně, ať už enterální, ale také parenterální a výživu po propuštění z nemocničního prostředí. V neposlední řadě popisuje roli porodní asistentky pracující na oddělení neonatologie. Praktická část zahrnuje výzkumné šetření provedené pomocí dotazníku, kde jsem se zaměřila na informovanost matek předčasně narozených dětí o aspektech kojení a výživy jejich nedonošeného dítěte. Z výsledků vyplývá, že respondentky hodnotily získání informací od personálu v nemocnici po porodu spíše kladně, ne však v naprosté převaze. Před porodem základní aspekty o kojení a výživě více než polovina respondentek neznala. Proto doporučuji těhotným ženám zjišťovat si informace nejen o kojení, dostatečně

s předstihem v období těhotenství. Rovněž doporučuji zajištění poporodní péče komunitní porodní asistentky či být v kontaktu s laktační poradkyní, zároveň doporučuji nebát se požádat odborníky o pomoc a tázat se na rady. Zdravotníkům doporučuji dodržovat zásady správné psychohygieny a vzdělávání a sledování trendů v pečování o ženy po porodu.

Abstract

Surname and name: Hofmanová Blanka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Breastfeeding and nutrition issues in premature infants

Consultant: PhDr. Hana Hrachovcová, DiS.

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 39

Number of appendices: 13

Number of literature items used: 23

Keywords: breastfeeding – nutrition – midwife – awareness of women – premature newborn – alternatives in the premature newborn breastfeeding

Summary:

This bachelor thesis focuses on the issue of breastfeeding and nutrition of premature newborns. The main aim was to find out to what extent mothers who have given birth to their premature babies are aware of the possibilities of breastfeeding and nutrition of the premature newborn. The theoretical part summarizes information about the preterm newborn, the physiology of lactation and describes breastfeeding comprehensively. It also discusses alternative methods of feeding the premature newborn, addressing nutrition of the newborn in general, both enteral and parenteral, and nutrition after discharge from the hospital setting. Finally, it describes the role of the midwife working in the neonatology unit. The practical part includes a research investigation carried out by means of a questionnaire, where I focused on the awareness of mothers of premature babies about aspects of breastfeeding and nutrition of their premature baby. The results show that the respondents rated receiving information from hospital staff after delivery rather positively, but not overwhelmingly. Before delivery, more than half of the respondents did not know basic aspects about breastfeeding

and nutrition. Therefore, I recommend that pregnant women find out information, not only about breastfeeding, well in advance of pregnancy. I also recommend securing postnatal care from a community midwife or being in contact with a lactation consultant, while at the same time not being afraid to ask professionals for help and ask for advice. For health professionals, I recommend adhering to the principles of good psychohygiene and education and following trends in the care of women after childbirth.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Haně Hrachovcové, DiS. za odborné vedení, poskytování cenných rad, za ochotu a pomoc při zpracování bakalářské práce. Také děkuji statistikovi Mgr. Tomáši Zdražilovi za konzultaci souvislostí mezi otázkami a výzkumnými problémy pro praktickou část práce. Dále děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily dotazníkového šetření za jejich čas a ochotu. Děkuji své rodině a partnerovi za podporu po celou dobu studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 NOVOROZENEC OBECNĚ	17
1.1 Klasifikace novorozenců	17
1.2 Nedonošený novorozenec.....	18
2 ANATOMIE PRSU A FYZIOLOGIE LAKTACE.....	20
3 KOJENÍ	22
3.1 Složení mateřského mléka	24
3.2 Zásady správné techniky kojení	25
3.3 Polohy vhodné ke kojení nedonošeného novorozence	26
3.4 Kloboučky u nedonošených novorozenců.....	27
3.5 Odstříkávání mateřského mléka	28
4 ALTERNATIVNÍ METODY KRMENÍ.....	30
4.1 Krmení cévkou u prsu	30
4.2 Krmení injekční stříkačkou	30
4.3 Krmení kádinkou nebo lžičkou.....	31
4.4 Výživa gastrickou sondou	31
5 VÝŽIVA NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	32
5.1 Parenterální výživa	32
5.2 Umělá výživa nedonošeného novorozence.....	33
5.3 Výživa po propuštění z nemocnice.....	33
6 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
7 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	35
8 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	36
8.1 Hlavní cíl	36
8.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy.....	36
9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
10 METODIKA PRÁCE	39
11 ORGANIZACE VÝZKUMU	40
12 ZPRACOVÁNÍ DAT	41
13 ANALÝZA DAT.....	42
14 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	69

DISKUZE	77
ZÁVĚR.....	81
SEZNAM LITERATURY.....	83
SEZNAM PŘÍLOH	86
PŘÍLOHY	87

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Správné uchopení prsu.....	98
Obrázek 2: Nesprávné uchopení prsu.....	99
Obrázek 3: Správná vzájemná poloha matky a dítěte	100
Obrázek 4: Nesprávná vzájemná poloha matky a dítěte.....	101
Obrázek 5: Vzpřímená vertikální poloha při kojení	102
Obrázek 6: Poloha vsedě, také kolébka či poloha Madony	103
Obrázek 7: Fotbalové boční držení.....	104
Obrázek 8: Poloha tanečnicka	105
Obrázek 9: Poloha obouruč	106
Obrázek 10: Kojení dvojčat.....	107

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentek	43
Tabulka 2 Počet předčasně narozených dětí	43
Tabulka 3 Pohlaví předčasně narozených dětí	44
Tabulka 4 Porodní hmotnost dítěte	44
Tabulka 5 Vedení porodu	45
Tabulka 6 Parita respondentek	46
Tabulka 7 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentek	46
Tabulka 8 Informace o kojení před graviditou	47
Tabulka 9 Zdroj informací o kojení v těhotenství	48
Tabulka 10 Pocity radosti v průběhu těhotenství	49
Tabulka 11 Hospitalizace v průběhu těhotenství	49
Tabulka 12 Oddělení hospitalizace v těhotenství	50
Tabulka 13 Počet dní po porodu v nemocnici	51
Tabulka 14 Dostatečné vzájemné sžití s dítětem	51
Tabulka 15 Pocity radosti a spokojenosti po porodu	52
Tabulka 16 Opora od blízkého okolí (partner, rodina)	53
Tabulka 17 Možná pomoc od blízkých kdykoliv	53
Tabulka 18 Strach ohledně finanční náročnosti péče o dítě	54
Tabulka 19 Podíl partnerovy péče o narozené dítě	55
Tabulka 20 Vztah partnera k dítěti	55
Tabulka 21 Vztah ženy a jejího partnera	56
Tabulka 22 Pokus o odstříkávání mateřského mléka	57
Tabulka 23 Předčasný porod	57
Tabulka 24 Problém s nastoupením a rozběhnutím laktace	58
Tabulka 25 Způsob příjmu potravy dítěte	59
Tabulka 26 Vysvětlení fyziologie laktace	60
Tabulka 27 Vysvětlení výhod a benefitů kojení	60
Tabulka 28 Zdroj informací o kojení po porodu	61
Tabulka 29 Nabídka poloh ke kojení	61
Tabulka 30 Typy nabízených poloh ke kojení	62
Tabulka 31 Možnost vyzkoušení poloh ke kojení	63
Tabulka 32 Informovanost o známkách správného přisátí dítěte k prsu	64

Tabulka 33 Informovanost o způsobech odstříkávání mateřského mléka.....	64
Tabulka 34 Zdroj informací o způsobech odstříkávání mateřského mléka.....	65
Tabulka 35 Možnost odstříkávání mateřského mléka v přítomnosti dítěte.....	65
Tabulka 36 Vysvětlení způsobu krmení odstříkaným mateřským mlékem	66
Tabulka 37 Způsob krmení odstříkaným mateřským mlékem	67
Tabulka 38 Dostatečné informace o manipulaci a skladování odstříkaného MM	68
Tabulka 39 Dostatečná informovanost a podpora v kojení	68
Tabulka 40 Informace o řešení problémů s kojením v domácím prostředí	69

SEZNAM ZKRATEK

MM	materšské mléko
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
LBW.....	low birth weight
VLBW.....	very low birth weight
ELBW	extremely low birth weight
SGA	small for gestation age
LGA	large for gestation age
WHO.....	World Health Organization
FGR.....	fetal growth restriction

ÚVOD

Kojení je v dnešní době velice rozebíraným tématem, ať už mezi laickou veřejností, tak i mezi zdravotníky. Co je zřejmé, tak kojení je fyziologickým a nenahraditelným zdrojem výživy novorozence, ať už předčasně narozeného nebo donošeného, a je také prospěšné pro samotnou matku. Matky z kojení těží. Často je to pro ně víc než jen to, že zasytí své dítě. Kojení zlepšuje kvalitu života na obou stranách. Působí blahodárně v dlouhodobém horizontu (Mazúchová, Maskálová, Divoková, 2022, s. 16).

Neexistuje dosud jednotné doporučení pro výživu nedonošených novorozenců, jelikož každý případ je tak individuální, že by se jen těžko hledal postup vhodný pro všechny ženy a jejich předčasně narozené děti. Odborníci se shodují v tom, že mateřské mléko má mít přednost před uměle vytvořenými formulami (Marková, Chvílová Weberová a kolektiv, 2021, s. 216).

Výživa a kojení nedonošených dětí je odlišná od výživy dětí narozených v období kolem termínu porodu, ačkoliv samozřejmě ani u těchto dětí nelze předvídat o budoucím způsobu jejich výživy. Co je výhodou u donošených novorozenců je téměř okamžitý kontakt s matkou po porodu, pokud to zdravotní stav na obou stranách umožňuje. Předčasně narozené děti bývají umístovány na jednotky intenzivní péče, tzv. JIP, nebo na jednotky intenzivní a resuscitační péče, tj. JIRP. Matky předčasně narozených dětí poté přichází s dětmi do kontaktu o mnoho méně. Nástup laktace a samotné kojení bývá složitější, roli hraje gestační týden narození novorozence a s tím související rozvoj jeho sacího reflexu. Není obvyklé, že se po porodu předčasně narozeného novorozence začíná naplno s kojením. Mnohem častěji bývá prováděno odstříkávání mateřského mléka a následné podání novorozenci alternativní metodou, což je stále benefitem jak pro novorozence, tak pro matku.

Pro výběr tohoto tématu jsem se rozhodla na základě mé absolvované praxe na oddělení fyziologických novorozenců, na oddělení šestinedělí a zejména na oddělení neonatologické JIP a JIRP, kde jsem zjistila, že kojit vlastní dítě není samozřejmé a už vůbec ne jednoduché. Není výjimkou, že se u matky může vytvořit i nechut' a jakési trauma... Edukace matek předčasně narozených dětí je velice žádoucí a nesmírně důležitá. Ať už edukujeme o samotném kojení jako takovém, tak i o jiných možných způsobech výživy dětí.

V teoretické části této práce se zabývám nedonošeným novorozencem z různých úhlů pohledu. Zabývám se kojením, složením a funkcí mateřského mléka, odstříkáváním

mateřského mléka a ostatními aspekty spojenými s kojením. Podrobněji se zabývám alternativními metodami kojení a v neposlední řadě také způsoby výživy nedonošených novorozenců, ať už se jedná o parenterální, enterální nebo umělou výživu a samozřejmě o výživu po propuštění z nemocničního prostředí. Nechybí ani kapitola o roli porodní asistentky pracující na oddělení neonatologie.

Hlavním cílem je zjistit, v jaké míře jsou matky, které předčasně porodily své dítě, informované o možnostech kojení a výživy nedonošeného novorozence.

Do bakalářské práce byly využity knižní zdroje z Knihovny zdravotnických studií v Plzni a elektronické knižní zdroje z internetové stránky Bookport. Dále byly použity odborné internetové zdroje, které byly hledány za pomoci klíčových slov. Všechny potřebné zdroje jsem si hledala sama.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NOVOROZENEC OBECNĚ

Pod názvem „novorozenecké období“ se skrývá úsek života, první postnatální etapa bytí, která začíná po porodu a trvá po dobu 28 dní. Klasifikací novorozenců se budeme blíže zabývat později. Většina novorozenců narozených po ukončeném 37. týdnu gravidity, přesněji od týdne 37+0, bývá umístěna na oddělení pro fyziologické novorozence. U fyziologických novorozenců je běžné, že tráví svůj čas nepřetržitě s rodiči, hlavně s matkou. Jejich společný kontakt začíná již na porodním sále po dobu 2 hodin po porodu – zde mluvíme o tzv. bondingu. Bonding je proces, kdy se bezprostředně utváří vztah mezi matkou a dítětem. Zahrnuje kontakt kůži na kůži – skin to skin. Po přesunu matky na oddělení šestinedělí probíhá péče v systému rooming-in, což umožňuje matce co nejbližší kontakt se svým dítětem, sžívání se a reagování na potřeby novorozence (Procházka a kol., 2020, s. 671).

1.1 Klasifikace novorozenců

Každého novorozence můžeme charakterizovat dle gestačního věku, porodní hmotnosti a jejich vzájemným vztahem.

Dělení novorozence dle gestačního věku:

- **nedonošený novorozenec:** novorozenec ve věku do 36 týdnů a 6 dnů (36+6),
- **donošený novorozenec:** gestační věk od 37+0 do 41+6,
- **přenášený novorozenec:** gestační věk 42+0 a dál.

Další dělení je dělení dle porodní hmotnosti:

- **novorozenec makrozomní:** 4500 g a více,
- **novorozenec s normální porodní hmotností:** 2500-4499 g,
- **novorozenec s nízkou porodní hmotností:** méně než 2500 g, také Low Birth Weight (LBW),
- **novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností:** méně než 1500 g, také Very Low Birth Weight (VLBW),

- **novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností:** méně než 1000 g, také Extremely Low Birth Weight (ELBW).

Poslední klasifikace je **dle vztahu gestačního věku a porodní hmotnosti:**

- **eutrofický novorozenec:** hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu věku,
- **hypotrofický novorozenec:** hmotnost pod 10. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního stáří, také SGA (small for gestation age),
- **hypertrofický novorozenec:** hmotnost nad 90. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního stáří, také LGA (large for gestational age) (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 15).

Dle dostupných statistik se postupem let v České republice četnost předčasných porodů snižuje. Naopak průměrná porodní hmotnost novorozenců se zvyšuje. Statistika z roku 2020 říká, že se předčasně narodilo 7,2 tisíce dětí, což je o 1,5 tisíce méně, než v roce 2011. Když se bavíme o celkovém počtu živě narozených dětí, tak v roce 2020 byl dokonce o 1,7 tisíce vyšší než na počátku desetiletí. Počet předčasně narozených novorozenců se tak snížil z 8 % na 6,7 %. V posledních 10 letech se novorozenci rodili nejčastěji ve 41. týdnu těhotenství. V příloze č. 2 jsou vypsány podíly předčasně narozených dětí napříč roky (Český statistický úřad, 2021).

1.2 Nedonošený novorozenec

Nedonošený (nezralý) novorozenec ukončil svůj intrauterinní vývoj před 37. gestačním týdnem, tzn. byl narozen do týdne 36+6. Když těhotná žena porodí v tomto období, mluvíme také o tzv. předčasném porodu. Někteří předčasně narození novorozenci, převážně v 35.-37. týdnu gestace, nemusí vypadat jako nedonošení a nemusí tak trávit pobyt v porodnici na neonatologické JIP či JIRP, ale stále jsou u nich větší rizika než u dětí narozených v termínu porodu, a tak musí být více observováni. K předčasnému porodu mohou přispět různé nepříznivé podmínky u matky, jako je například diabetes mellitus, onemocnění srdce a onemocnění ledvin. Příčina předčasného porodu nemusí být vždy známa. Předčasný porod se může také pojít s prematuritou (Kaneshiro a kol. 2022).

Nedonošený novorozenec se může po porodu potýkat s problémy:

- anémie,

- krvácení do mozku,
- infekce či neonatální sepsy,
- hypoglykémie,
- syndrom dechové tísně, nadbytečný vzduch v plicní tkáni nebo plicní krvácení,
- novorozenecká žloutenka,
- problémy s dýcháním v důsledku nezralých plic,
- těžký zánět střev (nekrotizující enterokolitis).

Do života nedonošeného novorozence mohou vstoupit i **dlouhodobé komplikace**, jakými jsou např.:

- bronchopulmonální dysplázie,
- zpožděný růst a vývoj,
- mentální nebo fyzické postižení,
- zhoršený visus z důvodu retinopatie nedonošených. (Kaneshiro, Dugdale, Conway, 2022, s. 1)

Nedonošený novorozenec se vyznačuje také svými typickými známkami, které jsou vyjmenovány v příloze č. 3.

2 ANATOMIE PRSU A FYZIOLOGIE LAKTACE

Mammogeneze, také vývoj prsu, probíhá prenatálně již v 4.-6. týdnu gestace ekto-dermu. V tomto období můžeme hovořit o tzv. mléčné liště, která je přítomna od podpaží až do oblasti inguin. Postupně dochází k atrofii mléčné lišty s výjimkou jednoho páru prsů. Prsy jsou umístěny na obou stranách hrudní kosti, uloženy jsou ve velkém prsním svalu (m. pectoralis major). Uvnitř prsu je žlázová, pojivová a tuková tkáň.

Popíšeme si jednotlivé části prsů. Začneme **mammillou** (prsí bradavkou). Jedná se útvar kruhového tvaru na povrchu prsu složený z hladké svaloviny. Prsí bradavka reaguje na chlad i na dotek. Na povrchu vyúsťují nervová zakončení a rovněž mlékovody, které pomáhají dítěti k orientaci na těle matky.

Areola (prsí dvorec) je elastická tkáň, rovněž z hladkého svalstva, sloužící ke kojení, a to ve smyslu úchopu bradavky a následného sání dítěte. Na povrchu vyúsťují tzv. Montgomeryho žlázy, které produkují mastný sekret a chrání tak bradavku v období těhotenství. Tyto žlázy také umožňují novorozenci na základě specifické vůně rozpoznat svou matku. Na prsním dvorci vyúsťují mimo jiné i mazové a potní žlázy.

Dále můžeme zmínit epitelové buňky – **laktocyty**. Laktocyty vystylají **alveoly** (alvěoly žlázové tkáně). Alveol tvoří lobulus, který dává v seskupení vzniknout většímu lobu. Tyto lobuly jsou obklopeny jednak tukovou a pojivovou tkání, tak cévami a nervovými dráhami. Žlázová tkáň v jejím množství převyšuje tukovou v poměru 2:1.

Mlékovody ústící na povrchu bradavky odstupují od žlázové tkáně. Hlavní funkcí mlékovodů je transport MM. Dovedou se roztáhnout až o 58 % v důsledku uvolňování oxytocinu. Alveoly jsou obklopeny buňkami hladkého svalstva, které se kontrahují při oxytocinovém reflexu, a to umožňuje vypuzení MM do mlékovodů.

Pojivová tkáň je ochranným aparátem. Jedná se o vazivové pruhy mezi povrchem prsů a hlubokou vrstvou dermis. V ní putují krevní a lymfatické cévy a nervové dráhy.

Tuková tkáň má funkci ochrannou, také určuje velikost a tvar prsu. Tvoří prs z 37 %. Velikost prsu neovlivňuje negativně ani pozitivně tvorbu a transport MM.

Krevní cévy vyživují prs díky bohatému žilnímu zásobení (circulus venosis) v okolí bradavky prsu.

Nervové dráhy jsou v oblasti prsního dvorce a bradavky. Hypofýza a hypothalamus rozhodují o vylučování hormonů. **V hypothalamu** se tvoří vazopresin a oxytocin. Jsou uloženy v zadním laloku hypofýzy a uvolňují se dle potřeby. Ovlivňují uvolnění či blokování hormonů předního laloku hypofýzy, jimiž jsou **TRH** (thyrotropin-releasing hormon) a **PIF** (prolaktostatin). **Hypofýza** uložená pod hypothalamem produkuje ve svém předním laloku prolaktin, který působí přímo na periferní žlázy. V zadním laloku je zásobárna pro zmíněný oxytocin a vazopresin (Procházka a kol., 2020, s. 625-627).

Co se týče **fyzologie kojení**, dostáváme se k přípravě mléčné žlázy ke kojení. Příprava probíhá po celou dobu gravidity pod hormonálním vlivem **estrogenů**. S porodem je odstraněn blokujiící vliv placenty a začne se tvořit mateřské mléko účinkem **prolaktinu**. Laktace se dá podpořit stimulací bradavek a samozřejmě sáním novorozence. Spouštěcím reflexem vypuzování mateřského mléka je **účinek oxytocinu**, který je vyplaven kontrakcí myoepiteliálních buněk mlékovodů. Nástup laktace je přirozený a fyziologický jev, avšak kojení samotné nikoliv. Návuk kojení by měl probíhat v porodnici za pomoci zdravotnických pracovníků, zejména porodních asistentek či dětských sester. Návuk kojení by měl být samozřejmostí i v rámci úseků intenzivní péče. V nynější době je vzestup procenta kojených dětí a také prodloužení délky kojení, což je odrazem systematické a řádné péče personálu na novorozeneckých odděleních (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 23-24).

3 KOJENÍ

Kojení je přirozenou výživou pro novorozence a kojence. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je doporučováno ženám plně kojit výhradně do 6 měsíců věku dítěte, a dále se zavedením nemléčných příkrmů pokračovat až do 2 let věku dítěte, případně i déle. Nastoupením laktace po porodu, jakožto fyziologickým jevem, vše teprve začíná. Matky se musí naučit kojit své novorozené dítě, řádně se vzájemně sehrát, a hlavně si uchovat pozitivní myšlení a klid.

Novorozenec je vybaven reflexy potřebnými pro příjem potravy (hledací, sací, polykací). Od 32.-34. týdne gestace je novorozenec schopen veškeré tyto reflexy užít a vzájemně je koordinovat. Kojení dítěte by mělo být individuální dle potřeb dítěte (zásada kojení „on demand“). Dříve bylo pravidlem kojit výlučně po 2-3 hodinách, jelikož žádání dítěte o potravu se po porodu postupně ustálilo na 8-11 denních dávkách. Novorozence je vhodné ze začátku přikládat co nejvíce, i když častokrát jeví zájem o prs i v případě, že nemají hlad, ale zkrátka chtějí chlácholit u jejich matky v náruči (Dort a kol., 2011, s. 60-61).

Matky by měly být připraveny, že v začátcích při jednom kojení dítě sice nepozře velké množství mateřského mléka, ale zato bude chtít být kojeno po kratších chvílích, a to někdy i po hodině. Zpočátku je žaludek novorozence velmi malý. U novorozence 3. den života má žaludek objem pouze 25 ml, u týdenního novorozence je to pak již dvojnásobek (Nutriklub, 2021, s. 1).

Existují ke koupi modely velikostí žaludku novorozence sloužící zejména k edukaci a názorné ukázce matkám.

Kojení má také své **výhody**, kterými zejména jsou:

- optimální strava,
- vytváření vazby mezi matkou a dítětem,
- podpora vývoje,
- posílení imunologických faktorů do budoucnosti,
- prevenci některých civilizačních onemocnění (např. diabetes mellitus),
- nakonec je kojení samozřejmě ekonomicky výhodnější (Dort a kol., 2011, s. 60).

Co se týče nabírání novorozenců na váze, měly by váhové přírůstky být asi 28 g/den – v počátcích mohou být u kojených novorozenců nižší než u novorozenců krmených umělou formulí. O tom, zda dítě dostatečně přibírá, nás může přesvědčit také jeho vylučování, uvádí se asi 6-8 pomočených plen denně. U kojených novorozenců není potřeba podávat zvlášť tekutiny, jako je voda či čaj, a to ani v letních dnech. Mateřské mléko je k požití připraveno kdykoliv, vždy čerstvé, nezávadné a s vhodnou teplotou, na rozdíl od umělé výživy. Ale v případech, kdy dítě kojeno být nemůže, matky nemusí propadat panice, neboť je dnes na trhu velká škála druhů umělých formulí mateřského mléka (Plevová, Kachlová, 2023, s. 87).

Dnes se porodnice drží schématu „**deset kroků úspěšného kojení**“, které se skládá z těchto bodů:

1. *„Informovanost těhotných žen o výhodách a technikách kojení.*
2. *Umožnění zahájení kojení do půl hodiny po porodu.*
3. *Rooming-in – umožnění stálého kontaktu matky a dítěte.*
4. *Podpora kojení podle potřeb dítěte.*
5. *Edukace matek v podpoře kojení, správné výživě matky, správných technikách kojení, předcházení možných komplikací.*
6. *Eliminace používání náhražek, šidítek, dudlíků u dětí.*
7. *Řádná edukace matek ve způsobech kojení a udržení laktace i v případech, kdy musí být od dětí odděleny.*
8. *Striktní podávání pouze mateřského mléka novorozencům, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.*
9. *Řádně vyškolený zdravotnický personál ve znalostech a dovednostech vedoucích k úspěšnému kojení.*
10. *Písemně vypracovaná strategie přístupu ke kojení, kterou znají všichni členové zdravotnického týmu“ (Plevová, Kachlová, 2023, s. 88).*

3.1 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko je flexibilní strava přizpůsobená přesně věku a potřebám kojence. Má správné složení, které tak umožňuje snadnější vstřebávání živin do žaludku a rovněž trávení.

Krátce po porodu se novorozenci dostává mlezivo, tzv. kolostrum. Po pár dnech se z mleziva stává zralé mateřské mléko. Obsah kalorií mateřského mléka je asi 67 kcal/100 ml.

Kolostrum je hustá tekutina žluté barvy obsahující zejména imunoglobuliny. Energetická hodnota je asi 58 kcal/100 ml, tedy je nižší než u zralého MM. Množství kolostra je nejvyšší první den po porodu (37 ml), druhý den asi 20 ml na jedno kojení. Obsahuje IgA složky (lymfocyty), vitamíny (A, E, K), méně laktózy a tuku. Naopak obsahuje několikrát více bílkovin než zralé MM. Mlezivo se dobře přizpůsobuje potřebám a fyziologii novorozence po porodu. Vitamíny A a E brání před oxidačním stresem, také podporují vylučování stolice a stabilizují hladinu glykemie. Vitamín K je prevencí vzniku krvácivé nemoci novorozence. **Přechodné mateřské mléko** (tranzitorní) obsahuje více laktózy a α -laktalbuminu. Obsahuje méně imunoglobulinu a bílkovin, naopak má více tuků. Přechodné mléko se postupně mění na zralé MM asi maximálně do 14 dní po porodu novorozence. **Zralé mateřské mléko** má složení stabilní kolem 10.-14. dne po porodu.

Lidské mateřské mléko má obecně nejméně **bílkovin** v porovnání se všemi druhy živočichů a jejich mateřském mléku. Obsahuje přesněji asi 11,3-20,7 g/l. Při vystavení mléka působení kyseliny se vysráží kasein a tím se oddělí žlutá tekutina s bohatým obsahem bílkoviny (syrovátka). Poměr kaseinu a syrovátky v lidském MM je 20:80, kdežto v kravském je poměr opačně, tedy 80:20. Syrovátka obsahuje α -laktoglobulin, laktoferin a IgA. Obsahuje volné aminokyseliny (cystin a methionin v poměru 2:1). Cystin je esenciální zejména pro plod a nezralé dítě. Obsahuje také neurotransmitter zvaný taurin, který umožňuje vstřebávání tuků.

Tuky mají v MM koncentraci asi 40-45 g/l. Vyskytují se tam volné mastné kyseliny – nasycené i nenasycené, rovněž i polynenasycené mastné kyseliny důležité pro vývoj mozku a myelinizaci. Dále MM obsahuje kyselinu arachidonovou důležitou pro dozrávání erytrocytů a zajištění imunitní odpovědi. Díky tukům má dítě zajištěno asi 35-50 % denní energetické potřeby. Lidské MM obsahuje lipázu, ta se aktivuje ve střevě žlučovými kyselinami a ulehčuje trávení. Triglyceridy jsou z oblasti tuků v MM zastoupeny nejvíce. MM obsahuje

také stabilní množství cholesterolu, díky němuž mají kojené děti vyšší obsah cholesterolu v krvi než děti krmené umělou formulí.

Sacharidy tvoří významnou část MM. Základním sacharidem je laktóza, dále galaktóza a oligosacharidy. Zlepšují vstřebávání kalcia a železa, podporují růst *Lactobacillus bifidus*, brání růstu bakterií ve střevě a rovněž v něm vytváří kyselé prostředí. U kojenců živených modifikovaným kravským mlékem je vyšší pH stolice a značné kolonie koliformní mikroflórou než u dětí živených MM.

Vitamíny obsaženými v MM jsou vitamín A – ten je zejména v kolostru. Dále vit. K, který je hodně obsažen v kolostru, poté klesá a po dvou týdnech je tvořen bakteriemi ve střevě. Novorozencům se po narození aplikuje vit. K jako prevence krvácivé nemoci, a to buď injekčně do svalu 1 mg či per os. U per os podání kojeným dětem se pokračuje v podávání až do 12 týdnů věku kojence. Vitamín D není v mateřském mléce obsažen ve velkém množství, proto se od druhého týdne života preventivně podává jako prevence rachitidy. Mateřské mléko obsahuje také vitamíny skupiny B (B1, B2, B6, B12), u vegetariánek a veganek je žádoucí suplementace vitamínu B6. MM obsahuje rovněž vitamín C.

Buňkovými komponenty v MM jsou dva typy leukocytů: fagocyty (90 %) a lymfocyty (10 %), podílí se na ochraně prsu ženy před infekcí. Bifidus faktor podporuje růst bakterií ve střevě, čímž ho chrání před patogeny. Dále se jedná o kmenové buňky podobající se buňkám kostní dřeně a cytokiny a chemokiny, které aktivují imunitní systém. Mateřské mléko se samozřejmě skládá z velkého podílu z **vody**, a to až z 88-90 %. Ta pokryje potřebu tekutin u kojence. Obsahuje také **minerální látky** jako kalcium, železo a zinek (Procházka a kol., 2020, s. 628-630).

3.2 Zásady správné techniky kojení

Pokud se žena chystá kojit své dítě, je potřeba, aby věděla základní znalosti o způsobech a technikách kojení. Kdyby žena například neuměla správně uchopit svůj prs, může si tím zkomplikovat celý proces kojení. Před samotným kojením je samozřejmostí předchozí hygiena rukou. Při **uchopení prsu** je palec v opozici s ostatními prsty ruky. Palec je dostatečně vysoko nad prsním dvorcem a zbylé prsty se areoly nedotýkají stejně tak. Tlakem palce dojde k napřímení prsní bradavky. Dítě se nepřisává pouze na bradavku, a tak je potřeba umožnit mu uchopit do úst co možná největší část prsního dvorce. Žena přikládá dítě k prsu, ne naopak. Spodní ret dítěte směřuje k spodnímu okraji areoly a brada je proti prsu matky.

Tento způsob správného držení prsu způsobí, že novorozenec dosáhne ústy přes horní část prsní bradavky (Dahl, 2015, s. 9-10).

Důležité je zvolit **správnou vzájemnou polohu matky a dítěte**. Poloha musí být příjemná jak pro matku, tak pro dítě. Dítě leží tak, aby jeho obličej, hrudník, břicho i kolena směřovala k matce. Jeho ucho, rameno a kyčle tvoří jednu linii. Matka může dítě přitahovat k prsu úchopem za ramena a záda, nedotýká se zbytečně hlavy a tváře dítěte. Matka by měla odstranit veškeré objekty, které by mohly tvořit překážku mezi ní a dítětem během kojení (spodní ruka dítěte). Brada dítěte je v prsu zabořená, dítě nesmí křičet. Kojení nesmí matku bolet (Bepanthen, 2020).

Pro úspěšné kojení je důležitá také **správná technika přísátí a sání** novorozence. Bradavka je uložena hlouběji v dutině ústní novorozence, což zabraňuje její poranění pohyby jazyka a dolní čelisti dítěte. Dítě si tlačí bradavku s prsním dvorcem k tvrdému patru a tím jsou stimulovány mléčné sinusy naplněné mlékem. V počátku kojení dítě saje přerušovaně, krátkými tahy. Po uvolnění mléka z prsu se sání prohlubuje. Při správném sání se dítěti pohybují spánkové kosti a uši, také je patrný zvuk polykání, nevpádávající tváře. Dítě nemlaská a nekřičí při kojení (Nutriklub, 2021).

3.3 Polohy vhodné ke kojení nedonošeného novorozence

Před započatím kojení je vhodné, aby novorozenec nebyl prvotně krmen z lahve, ale alespoň jedním z alternativních způsobů kojení, který mu nejvíce vyhovuje. Pokusit se o kojení u nedonošených novorozenců může být velice obtížné, zejména pokud se jedná o novorozence narozeného před 32. týdnem gestace, kvůli výbavě a koordinaci reflexů hledacího, sacího, polykacího. Děti narozené po 34. gestačním týdnu bývají kojeny bez větších potíží technikou stejnou jako u donošených novorozenců (Fendrychová, Borek a kol., 2012, s. 156).

Vzpřímená vertikální poloha je vhodná pro děti s malou bradou a pro předčasně narozené. Dítě sedí na jedné z dolních končetin matky, je podpíráno rukou matky v oblasti hlavy, krku a těla. Druhá ruka podpírá prs. Při kojení z levého prsu je novorozenec posazen na levé dolní končetině matky, pravá ruka matky podpírá prs. Při kojení z pravého prsu je to naopak (Procházka a kol., 2020, s. 635).

Poloha vsedě, také kolébka či poloha Madony je používána téměř nejčastěji. Tato poloha nemusí být pohodlná pro všechny ženy, zejména jsou-li po porodu císařským řezem.

Princip spočívá v tom, že matka sedí pohodlně, dítě má položeno na ruce, kdy hlava je v oblasti ohbí paže, břicho, kolena a obličej směřuje k trupu matky. Záda dítěte jsou podepřena předloktím matky. Spodní ruka je uložena okolo pasu matky. Druhou rukou žena uchopí prs (Plevová, Kachlová, 2023, s. 89).

Fotbalové boční držení je vhodná poloha pro ženy s velkými prsy, pro ženy po císařském řezu nebo pro ženy s plochými bradavkami. Matka má dítě položeno na svém předloktí, podpírá mu tak ramena a svými prsty mu podpírá hlavu. Nohy dítěte směřují podél boku matky, chodidla má volně, neopírají se o nic. Pro pohodlí je potřeba, aby matka měla předloktí podepřeno polštářem (Procházka a kol., 2020, s. 635).

Poloha tanečníka je účinná pro děti špatně se přisávající k prsu a je často praktikována u nedonošených novorozenců. Dítě je uloženo na matčině předloktí, prs si matka přidržuje druhou rukou (Plevová, Kachlová, 2023, s. 89).

Poloha obouruč se praktikuje u nedonošených novorozenců a u žen s velkými prsy. Žena uchopí prs oběma rukama shora palcem, zbylé prsty podpírají prs zesponu. S příložením je potřeba druhé osoby (Berešová, 2021).

Kojení dvojčat se může provádět současně z obou prsů. Vhodná je poloha bočního fotbalového držení v případě nedonošených novorozenců. Později lze volit také polohu vleže nebo třeba paralelní polohu (Plevová, Kachlová, 2023, s. 90).

3.4 Kloboučky u nedonošených novorozenců

Pomůcek, které se dají při kojení využít, je na trhu více. Kojící kloboučky lze použít v případě potíží s přisáváním dítěte. Tyto potíže častěji potkávají ženy se vpáčenými či plochými bradavkami, které lze však formovat již v těhotenství za pomoci formovačů bradavek. Dítě, které nevykazuje dostatečnou sací aktivitu, způsobí to, že není vytvořen správný podtlak pro individuální vytvarování bradavky. Důvodem pro užití kojících kloboučků také mohou být přítomné ragády na bradavkách (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 76).

Matky předčasně narozených dětí často kojí za pomoci kloboučků před odchodem z nemocničního prostředí a pokračují s kloboučky ještě první týdny v domácím prostředí. Některé studie prokázaly benefity v dýchání předčasně narozených dětí při kojení z prsu. Tyto studie však naznačují i fakt, že předčasně narozené děti mají tendenci pít méně mléka z prsu než z lahve. Při sání z prsu často tyto děti pustí bradavku a při odpočinku mezi sáním

usnou již během několika minut po přiložení k prsu. Tento děj je přisuzován faktu, že předčasně narozené děti vykonají právě nižší sací tlak než novorozenci donošení. Sání je klíčové pro správné uchopení bradavky a zamezení „upuštění“ bradavky při kojení. Vědci se domnívají, že použití kojících kloboučků kompenzuje onen nižší sací tlak. Proto mohou být kloboučky matkám nabídnuty. Za pomoci kloboučků jsou děti schopny vypít větší množství mléka, než by vypily bez kloboučků. **Kloboučky by se však měly užít pouze na přechodnou dobu.** Postupem času, kdy se věk dítěte přibližuje předpokládanému datu narození, se sací tlak dítěte zvyšuje a kloboučky již nejsou potřeba (Meier, 2019).

3.5 Odšťikávání mateřského mléka

Jelikož mateřské mléko je nejlepší způsob příjmu potravy pro novorozence, je důležité zajistit jeho dostupnost. MM lze odšťikávat již před porodem, tzv. **antenatálně**. Indikací může být hrozící předčasný porod, diagnostikované vrozené vady dítěte, FGR plodu a některé diagnózy matky, kdy hrozí limitace kojení.

Odšťikávání vlastního MM lze zahájit v 36. týdnu těhotenství každodenně z obou prsů. Každé prso by měla žena odšťikávat 3-5 minut. Pokud se u ženy rozbíhá předčasný porod, lze zahájit odšťikávání mleziva ihned po přijetí ženy do zdravotnického zařízení. Důležitá je hygiena rukou. Mlezivo se sbírá do stříkaček či speciálních kolektorů. Mlezivo je důležité správně uskladnit (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 76-77).

Odšťikávané MM či mlezivo je vhodné uložit do sterilizované nádoby s uzávěrem, například kojenecká láhev. V ledničce odšťikávané MM vydrží 24 hodin při 4 °C. Odšťikávané MM se může rovněž skladovat v mrazáku, a to až na 3 měsíce při -18 °C. Tipem pro ženy je nálepka na nádoby s datem odšťikání. Zmražené MM je dobré rozmrazovat pomalu, nejlépe v lednici či vodní lázni. Při podávání se MM zahřeje na tělesnou teplotu a spotřebuje do 24 hodin. K rozmražení ani ohřívání se nikdy nedoporučuje použití mikrovlnné trouby (Nutriklub, 2021).

MM lze odšťikávat ručně nebo odsávačkou. Odšťikávání je nutné při separaci matky a dítěte. **Ruční odšťikávání** je preferováno nad odšťikáváním pomocí odsávačky při krátkodobé nemožnosti kojít nebo uvolnit prs. Benefitem je malé riziko kontaminace MM bakteriemi. Odšťikávání by mělo být časté dle frekvence kojení.

Je-li potřeba dlouhodobého odstříkávání, tak se doporučuje **odsávání elektrickou odsávačkou**. Odsávačka v první fázi napodobuje krátké a rychlé sací salvy a následně přechází do odsávací fáze, při které se zpomalí frekvence a prodlouží sací cykly. Doporučujeme odsávat z jednoho prsu 15-20 minut každé 3 hodiny. V noci se v odsávání pokračuje, avšak zpravidla s nižší frekvencí. Nutností je dodržování hygienických zásad pro zmírnění rizika kontaminace MM (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 77).

4 ALTERNATIVNÍ METODY KRMENÍ

Při zvolení jiného způsobu krmení dítěte, než kojením je důležité zamezit zmatení sacího reflexu novorozence. Při kojení dítě saje jiným způsobem než například u krmení z láhve, a proto je nutné zvolit alternativní metodu příjmu mléka, kde se nevyužívá savičky (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 78).

Alternativně mohou být krmeni všichni novorozenci. Vhodné je alternativně krmit děti, které budou výhledově moct být kojeny, ale v současné době být kojeny nemůžou z různých důvodů. Možné je dokrmovat alternativně i kojené děti, které nevybijí celou dávku z prsu, například děti s nízkou porodní hmotností a děti dočasně odloučeny od matek. Alternativní způsoby jsou využívány hojně u nedonošených dětí, ale uplatňují se i u donošených zdravých, ale i nemocných novorozenců. Cílem je udržet zájem dítěte o pití z prsu. Strava je podávána pomocí injekční stříkačky, lžičkou, z kádinky a cévkou k prsu. Důležitá je edukace matky zejména dětskou sestrou či porodní asistentkou, která také matku seznámí se správnou sterilizační pomůckou na dokrmování a hygienou rukou před započítím dokrmování (Dort a kol., 2011, s. 81).

4.1 Krmení cévkou u prsu

Pokud novorozenec zvládá sám aktivně sát, ale matka se potýká s nedostatkem mateřského mléka, například u opožděného nástupu laktace, dítěti je možné nabídnout prs a krmit jej cévkou po prsu. Pomůckou k této metodě je tzv. suplementor, jehož součástí je lahvička naplněná mlékem a vývodná cévka. Suplementor si matka před přiložením zavěsí na krk. Cévkou se zafixuje k prsní bradavce, a tak dítě saje prs a dostává se mu mléka z lahvičky přes cévku (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 78-79).

Dokrm cévkou po prsu je metoda, která umožňuje kojení úspěšně zachovat. Novorozence je s výhodou kojit tak, aby měla matka jednu ruku volnou, což umožňuje případně manipulaci matky s cévkou v koutku úst novorozence. Lze využít kojící polštáře k vytvoření co největší pohodlí pro ženu (Chládková, 2021).

4.2 Krmení injekční stříkačkou

Důležité je začít důkladnou hygienou rukou ženy, která platí u kterékoliv metody krmení či dokrmování dítěte. Po edukaci dětskou sestrou nebo porodní asistentkou žena nepotřebuje zvláštní asistenci personálu. Do injekční stříkačky se natáhne požadované množství mléka. Konec stříkačky se vloží do úst dítěte. Dle schopností a síly dítěte je možné

nechat novorozence vypít obsah stříkačky samostatně, někdy je nutné stravu lehce přistříkovat mechanicky do úst po kapkách. Je možné do úst dítěte vložit prst bříškem vzhůru k podráždění sacího bodu na patře a stimulaci sání (Dort a kol., 2011, s. 81-82).

4.3 Krmení kádinkou nebo lžičkou

Při krmení dítěte přímo z hrníčku, kádinky nebo lžičky se udržuje novorozenec ve zvýšené poloze. Kádinka nebo lžička se přikládají ke rtům. Při projevu sacího reflexu se kádinka nebo lžička nakloní tak, aby se dítěti do úst dostalo jen malé množství mléka. Důležité je ponechat dítěti dostatek času na polykání mléka. Velká aktivita dítěte při této metodě krmení není nezbytná. Vyžadována je zručnost, a proto tato metoda nemusí vyhovovat všem ženám (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 78).

4.4 Výživa gastrickou sondou

U dětí, které jsou výrazně spavé, mají slabý sací reflex a nejsou schopny samy vypít požadovaný objem mléka výše uvedenými metodami, může být nutností zavedení gastrické sondy k zajištění adekvátní výživy (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 79).

Žaludeční sonda je plastová cévka, která se obvykle zavádí nosem (nazogastriká sonda) ev. méně často ústy novorozence (orogastriká sonda). Je důležité, aby sonda byla zavedena správně, protože kdyby se strava podala například do jícnu, mohla by nastat aspirace mléka do dýchacích cest. Polohu sondy ověří zdravotnický personál aspirací žaludečního obsahu. Sonda je pevně fixována náplastí. Interval krmení bývá po třech hodinách. Možné individuální přizpůsobení u novorozenců, kterým vyhovují menší dávky stravy v kratších intervalech, například po dvou hodinách. Strava se podává samospádem pomocí stříkačky zavěšené nad úroveň dítěte, nebo infuzním dávkovačem, ev. manuálně tlakem pro podání zahuštěné stravy při bedlivém sledování stavu novorozence (Dort a kol., 2011, s. 82-83).

5 VÝŽIVA NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE

Pokud se novorozenec narodí přibližně do 32. týdnu gestace, potýkáme se s určitými riziky v oblasti výživy. Jedná se zejména o neschopnost nezralého novorozence koordinovat sání, dýchání a polykání. U předčasně narozených novorozenců je snižená motilita střev a z toho důvodu je zde vyšší riziko poruchy trávení. Nedonošení novorozenci mají zkrátka nezralý gastrointestinální trakt, což je mimo jiné vyjádřeno sníženou schopností trávit a vstřebávat živiny z důvodu snížené koncentrace trávicích šťáv a absence určitých enzymů (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 101).

5.1 Parenterální výživa

Pokud se narodí novorozenec s porodní hmotností nižší než 1500 g, bývá u něho indikována parenterální výživa. Další indikací je nemožnost krmit dítě enterálním způsobem, hypoglykemie, intolerance stravy a další odchylky ve zdravotním stavu novorozence (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 101).

Jedná se o způsob výživy, který obchází gastrointestinální trakt. Tekutiny a živiny se podávají intravenózně za pomoci periferního, centrálního nebo umbilikálního žilního katétru. Do krevního řečiště dítěte mohou být podávány tekutiny, elektrolyty, cukry, aminokyseliny, bílkoviny, vitamíny, minerály a lipidy. Parenterální podávání stravy může být život zachraňující pro předčasně narozené či nemocné novorozence. Je důležité děti řádně monitorovat a sledovat. Pomocí krevních a močových testů má zdravotnický personál informace o vnitřním stavu dítěte a mají tak možnost podniknout kroky k určitým změnám v podávání výživy, je-li to potřeba. Při parenterálním podávání živin se mohou vyskytnout i rizika. Při dlouhodobém podávání výživy parenterálně se může dítě potýkat s průjmy a jaterními problémy (Schwartz a kol., 2023).

Po stabilizaci zdravotního stavu novorozence se co nejdříve časně přechází na enterální výživu, a to i přes nezralost gastrointestinálního traktu. U extrémně nezralých novorozenců je zpočátku výživa velmi malým množstvím mateřského mléka pouze doplňkem parenterální výživy (Kachlová, Kučová, Petrášová, 2022, s. 101).

5.2 Umělá výživa nedonošeného novorozence

Cílem enterální výživy, ať už prostřednictvím kojení či umělou mléčnou formulí, je zajistit dostatečný a přiměřený růst nedonošeného novorozence. Aby bylo zajištěno prospívání dítěte, využívá se speciálních vysokoproteinových a vysokokalorických formulí s vyšším obsahem minerálů.

U nedonošeného novorozence se primárně s umělou výživou začíná při nedostatku mateřského mléka či u zastavené laktace u matky. Je důležité, aby umělá mléčná formule zajistila dostatečný kalorický příjem s adekvátním složením makronutrientů ve výživě.

Umělé formule se dělí na **dva typy dle hmotnosti novorozence**:

- při hmotnosti **nižší než 1800 g**: PreBeba 1, Nutrilon 0 Nenatal,
- při dosažení hmotnosti **1800 g a více**: PreBeba 2 Discharge, Nutrilon 1 Nenatal (Procházka a kol., 2020, s. 665-667).

5.3 Výživa po propuštění z nemocnice

Podmínky pro propuštění nedonošeného novorozence z nemocnice do domácího prostředí jsou takové: dostatečná hmotnost (alespoň 2100-2200 g), dosažení gestačního věku alespoň 36. týdne, stabilní příjem per os, dostatečné váhové prospívání a schopnost rodiče pečovat o dítě. Rizikem neprospívání je nízký gestační věk, nízká porodní hmotnost, potřeba umělé plicní ventilace a léčba dítěte steroidy. I po propuštění dítěte z nemocnice by měla být věnována speciální péče v oblasti jeho výživy. Je důležité stále hlídat hmotnostní přírůstek, ideálně i délkový růst. Ideální přírůstek činí 15-20 g/kg/den, tedy asi 30-40 g/den. Adekvátní váha s délkou dítěte zajistí optimální tělesné složení – tukové zásoby a tepelná protekce. Při převzetí nedonošeného novorozence do péče praktickým lékařem pro děti a dorost je možné na základě správně zvolené výživy dítěte příznivě ovlivnit růstové parametry a snížit hrozící rizika, která pramení z nedostatečného energetického příjmu (Bajerová, Wechsler, 2013, s. 1-2).

6 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE

Úloha porodní asistentky na neonatologickém oddělení v nemocnici obnáší několik zásadních aspektů postnatální péče, jejichž cílem je zajistit zejména zdraví a pohodu matky a dítěte (Homer, Javid, Wilton, Bradfield, 2022).

Porodní asistentky poskytují oporu ženám, ale také obecně rodičům, kteří se setkali s předčasným porodem, a edukuje je o péči o jejich novorozence. Zapojuje ženy, ev. oba rodiče, do péče o jejich narozené dítě. Využívá techniky jako je například „klokánkování“ (Margekar, Parekh, 2021). Pod pojmem klokánkování si můžeme představit kontakt kůže na kůži, kdy se novorozenec pokládá přímo na holý hrudník rodiče. Takto blízký kontakt přináší benefity jako je udržení termoregulace, podpora kojení, zlepšení a utváření vazby mezi rodiči a novorozencem, lepší fyziologická stabilita dítěte a rovněž eliminace stresu rodičů a zvýšení jejich důvěry (Samsudin, Chui, Kamar, Abdullah, 2022).

Základní úlohy práce porodní asistentky na neonatologickém oddělení jsou:

- přímá zdravotnická, odborná péče o nedonošeného novorozence bezprostředně po porodu, ale i po celou jeho dobu hospitalizace na oddělení JIP či JIRP,
- hodnocení a sledování stavu dítěte, speciálně věnování pozornosti dýchání, teplotě, krmení a celkovému vývoji novorozence,
- podpora rodičů novorozence,
- spolupráce s multidisciplinárním týmem – neonatologové, pediatři, dětské sestry a další,
- obhajoba a podpora zdraví – mohou zvýšit povědomí rodin o potřebách předčasně narozených dětí a o důležitosti prenatální péče (Moiseeva, 2020).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V dnešní době je kladen důraz na to, že mateřské mléko je to nejlepší, co může jen matka svému novorozenci poskytnout. V případě narození nedonošeného novorozence se mohou objevit komplikace v souvislosti s kojením. Tyto děti bývají umístěny na jednotky intermediární nebo intenzivní a resuscitační péče a s tím se pojí i odkládání kojení a ztížení budování pozitivního vztahu mezi matkou a novorozencem. Personál pracující na těchto jednotkách je speciálně vzdělaný v oblasti krmení nedonošených dětí. Matky by měly být co nejvíce podporovány a měl by jim být umožněn co největší možný kontakt s jejich dítětem, a umožnit co nejčasnější společný pobyt matky a dítěte v systému tzv. rooming in. Pro ženy je také důležitý přísun pravdivých informací o možnostech krmení jejich dítěte – pokud ne kojením, tak alespoň jiné využití mateřského mléka.

„Jakým způsobem jsou matky informovány o možnostech kojení a výživy nedonošených dětí?“

8 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

8.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, v jaké míře jsou matky, které předčasně porodily své dítě, informované o možnostech kojení a výživy nedonošeného novorozence.

8.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

K hlavnímu cíli bylo stanoveno 5 dílčích cílů a vztahující se výzkumné problémy.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání matek vliv na jejich znalosti ohledně kojení a výživy nedonošených dětí.

Výzkumný problém: Znají matky základní aspekty ohledně kojení a výživy nedonošených dětí již před porodem?

Výzkumný problém: Jsou jejich znalosti ovlivněny vzděláním?

Otázky č. 2, 9 a 10.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda u matek žijících v slabším socioekonomickém zázemí byl větší problém s navázáním vztahu mezi nimi a narozeným dítětem.

Výzkumný problém: Je u sociálně slabších matek problém s navázáním vztahu mezi ní a jejím předčasně narozeným dítětem?

Výzkumný problém: Je vztah mezi matkou a jejím předčasně narozeným dítětem ovlivněn také psychickým stavem matky?

Otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda u matek s dostatečnou pomocí jejího blízkého okolí je kojení/výživa jejího předčasně narozeného dítěte celkově snazší.

Výzkumný problém: Jaký je vztah mezi matkou předčasně narozeného dítěte a jejím partnerem?

Výzkumný problém: Je vztahem mezi oběma partnery narušena schopnost ženy kojít/odstříkávat mateřské mléko?

Otázky č. 18, 19, 20, 33.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda dané předčasně narozené děti žen jsou převážně kojeny, nebo se praktikuje jiný způsob výživy.

Výzkumný problém: Závísí schopnost kojit předčasně narozené děti na tom, v jakém gestačním týdnu se narodily?

Otázky č. 5, 23, 38.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda zdravotnický personál dostatečně informuje ženy po porodu předčasně narozeného dítěte o možnostech kojení.

Výzkumný problém: Je zdravotnický personál během hospitalizace ženě nápomocen?

Výzkumný problém: Byly ženě po porodu vysvětleny a ukázány možnosti krmení jejího předčasně narozeného dítěte?

Otázky č. 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40.

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem zvolila záměrný výběr respondentů.

Kritéria výběru: specifickou skupinu tvoří ženy – matky, které předčasně porodily své dítě, s různým stupněm vzdělání, různou socioekonomickou situací a v různém věku. Jedná se ženy, které jsou čerstvě po porodu až do půl roku po porodu.

Tato kritéria jsou zvolena tak, abych mohla určit, zda má stupeň vzdělání u matek, které předčasně porodily, vliv na znalosti v oblasti kojení/výživy nedonošených dětí. Chtěla jsem také poznat rozdíly po porodu předčasně narozeného dítěte u žen, které s partnerem vychází a u žen, jejichž vztah s partnerem není ideální. Na základě věku žen lze také zkoumat rozdíly u mladších a starších rodiček. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, jakou souvislost má kojení dítěte s daným gestačním týdnem, v jakém se novorozenec narodil.

10 METODIKA PRÁCE

V rámci výzkumu byla využita metoda **kvantitativního sběru dat**. Kvantitativní výzkum je systematický přístup ke zkoumání jevů pomocí shromažďování kvantifikovatelných údajů a provádění statistických technik. Vyznačuje se používáním strukturovaných nástrojů, jako jsou dotazníky a jiné, které poskytují údaje v číselné podobě, jež lze statisticky analyzovat.

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu je kvantifikace vztahů, testování a ověřování teorií a vytváření předpovědí. Často se používá v oborech, jako je psychologie, ekonomie, sociologie a marketing, k pochopení a předvídání chování, postojů a dalších proměnných (Bhandari, 2020).

Tento výzkum byl zvolen proto, abych získala dostatek informací, se kterými mohu dále pracovat a také je mezi sebou porovnávat. Pro získání informací jsem vybrala vytvořený vlastní nestandardizovaný dotazník. Obsah dotazníku a souvislosti mezi otázkami a výzkumnými problémy byly konzultovány se statistikem panem Mgr. Tomášem Zdražilem. Dotazník obsahuje 40 otázek, konkrétně pak 30 uzavřených otázek, kde respondentky vybírají pouze 1 správnou odpověď, poté 10 otázek otevřených. Dotazník není extrémně náročný, jeho vyplnění trvá přibližně 10 minut. Začátek dotazníku je zaměřený spíše na obecné informace o ženách, v další části se otázky týkají pak problematiky kojení a výživy nedonošených dětí.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od ledna 2024 do března 2024. Dotazník byl vytvořen na webových stránkách <https://forms.office.com/> a byl distribuován pouze elektronickou formou. Dotazník byl publikován přes webovou stránku www.facebook.com do veřejné skupiny za pomoci organizace Nedoklubko, která podporuje rodiny s předčasně narozenými dětmi. Dále byl dotazník sdílen přes www.instagram.com za pomoci několika profilů, jimiž jsou: profil porodní asistentky a laktační poradkyně @zdravi.zeny, který má téměř 3 000 sledujících, dále porodní asistentka pracující na oddělení fyziologických novorozenců @pribeh_porodni_baby, kterou sleduje více než 15 000 lidí a nakonec byl také sdílen doulou a dětskou sestrou @simonalazzari_, kterou sleduje více než 81 000 lidí. Dotazník se mi zpět dostal vyplněn od 109 žen.

12 ZPRACOVÁNÍ DAT

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla spočítána, přenesena do tabulek a následně statisticky zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Výsledky k interpretaci dat jsou zaznamenány v tabulkách, které byly vytvořené v programu Microsoft Word, a jsou zpracovány deskriptivní metodou. V tabulkách se sledovala absolutní (n) a relativní (%) četnost.

13 ANALÝZA DAT

K interpretaci výsledků jsem pro lepší přehlednost a snadné porovnávání výsledků mezi sebou zvolila tabulky.

V prvních otázkách dotazníku jsem chtěla zmapovat základní demografické údaje o respondentkách, které jsem rozebrala v tabulkách níže. S dalšími otázkami, které jsou již zahrnuty do dílčích cílů a výzkumných problémů, jsem se snažila získat konkrétní informace týkající se tématu bakalářské práce.

V první otázce dotazníku měly respondentky uvést, kolik jim je let. Pro tento účel jsem vytvořila čtyři věkové skupiny, ze kterých měly zvolit. Výsledky uvádí tabulka 1.

Tabulka 1 Věk respondentek

věk	n	%
20 a méně	0	0 %
21-30 let	41	37,6 %
31-35 let	49	45,0 %
36 let a více	19	17,4 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Největší věkovou skupinu výzkumného šetření tvořilo 49 žen ve věku 31-35 let (45,0 %). V závěsu za nimi bylo 41 žen ve věku 21-30 let (37,6 %). 19 žen bylo starších 35 let (17,4 %) a žádná z respondentek nebyla ve věku 20 let a méně (0 %).

Ve třetí otázce měly respondentky uvést, kolik dětí předčasně porodily. Na výběr měly ze tří možností. Výsledky jsou zobrazené v tabulce 2.

Tabulka 2 Počet předčasně narozených dětí

počet dětí	n	%
jedno dítě	93	85,3 %
dvojčata	16	14,7 %
trojčata a více	0	0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Jak jsem očekávala, tak většina respondentek, zde konkrétně 93 žen, porodila jedno předčasně jedno dítě (85,3 %). 16 respondentek se týkal předčasný porod dvojčat (14,7 %). Žádná respondentka neprodila trojčata či více dětí (0 %).

Čtvrtá otázka navazovala na předchozí otázku a zjišťovala pohlaví předčasně narozených dětí respondentek. Ženy mohly vybírat odpověď ze tří možností. Výsledky uvádí tabulka 3.

Tabulka 3 Pohlaví předčasně narozených dětí

pohlaví	n	%
mužské	61	56,0 %
ženské	45	41,3 %
jiné (např. u dvojčat, kombinace pohlaví)	3	2,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Z odpovědí na tuto otázku jsem zjistila, že převaha žen, 61 respondentek, porodila předčasně chlapce (56,0 %). 45 respondentek uvedlo, že předčasně porodily děvče (41,3 %). U 3 respondentek, které porodily dvojčata, byla kombinace pohlaví (2,8 %).

V šesté otázce odpovídaly respondentky na to, jakou porodní hmotnost mělo jejich předčasně narozené dítě (dětí). Otázka byla otevřená. Pro snadnou přehlednost jsem vytvořila kategorie vah dle odpovědí respondentek. Výsledky jsou prezentovány v tabulce 4.

Tabulka 4 Porodní hmotnost dítěte

porodní hmotnost dítěte	n	%
do 700 g	10	9,2 %
> 700-1000 g	6	5,5 %
> 1000-1500 g	22	20,2 %
> 1500 g	21	19,3 %
2000 g a více	50	45,9 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Hmotnosti v tabulce jsem seřadila od té úplně nejnižší až po nejvyšší. 10 respondentek uvedlo, že porodní hmotnost u jejich dítěte (dětí) nebyla větší než 700 g, z toho nejnižší

váhou bylo uvedených 430 g (9,2 %). 6 respondentek uvedlo porodní hmotnost u jejich dítěte (dětí) od 700 g do 1000 g (5,5 %). Další skupinou byla váhová kategorie od 1000 g do 1500 g, tu zvolilo 22 respondentek (20,2 %). Odpověď více než 1500 g zvolilo 21 respondentek (19,3 %). Posledních 50 respondentek, tedy nejvíce, zvolilo odpověď, že porodní hmotnost u jejich předčasně narozeného novorozence byla více než 2000 g (45,9 %).

V sedmé otázce jsem zjišťovala, jak byl veden předčasný porod u respondentek. Otázka byla uzavřená a respondentky vybíraly ze čtyř možností. Analýza této otázky je zobrazena v tabulce 5.

Tabulka 5 Vedení porodu

vedení porodu	n	%
vaginálně	45	41,3 %
císařským řezem	63	57,8 %
vaginálně vakuumextraktorem (VEX)	1	0,9 %
vaginálně porodnickými kleštěmi	0	0,0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Po analýze je zřejmé, že většina respondentek, dohromady 63, porodilo předčasně císařským řezem (57,8 %). 45 respondentek porodilo vaginálně (41,3 %). 1 respondentka porodila rovněž vaginálně, ale za pomoci vakuumextraktoru (0,9 %). Žádná z respondentek neprodila vaginálně za pomoci porodnických kleští (0,0 %).

Osmá otázka zjišťovala informaci, po kolikáté respondentky rodily. Měly na výběr 3 možnosti, ze kterých volily odpověď. Výsledky jsou umístěny do tabulky 6 níže.

Tabulka 6 Parita respondentek

parita respondentek	n	%
prvorodička	80	73,4 %
druhorodička	25	22,9 %
třetirodička a více	4	3,7 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Z analýzy 8. otázky vyplývá, že 80 respondentek bylo v době porodu prvorodičkami (73,4 %). 25 respondentek rodilo v době jejich předčasného porodu podruhé (22,9 %). 4 respondentky byly v době porodu třetirodičkami a více (3,7 %).

Nyní se dostáváme k analýze otázek, které se týkají stanovených dílčích cílů.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání matek vliv na jejich znalosti ohledně kojení a výživy nedonošených dětí.

Výzkumný problém: Znájí matky základní aspekty ohledně kojení a výživy nedonošených dětí již před porodem?

Výzkumný problém: Jsou jejich znalosti ovlivněny vzděláním?

K tomuto dílčímu cíli a výzkumným problémům se vztahují otázky číslo 2, 9 a 10.

Ve druhé otázce byly ženy dotazovány na jejich nejvyšší dokončené vzdělání. Na výběr měly z pěti možností. Výsledky prezentuje tabulka 7.

Tabulka 7 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentek

vzdělání	n	%
základní	4	3,7 %
střední odborné učiliště	7	6,4 %
střední s maturitou	30	27,5 %
vyšší odborné	6	5,5 %
vysokoškolské	62	56,9 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Více než polovina respondentek, které se zapojily do výzkumu, byly vysokoškolsky vzdělané, konkrétně se jednalo o 62 žen (56,9 %). 30 žen mělo vystudovanou střední školu s maturitou (27,5 %). 6 žen mělo vystudovanou vyšší odbornou školu (5,5 %), dále 7 žen absolvovalo střední odborné učiliště (6,4 %), a nakonec se zapojily 4 ženy, které vystudovaly základní školu (3,7 %).

V deváté otázce respondentky uváděly odpovědi na otázku, zda získaly informace ohledně kojení již v graviditě. Za tímto účelem byly vytvořeny dvě možnosti, ze kterých respondentky vybraly odpověď. Výsledky jsou prezentovány v tabulce 8.

Tabulka 8 Informace o kojení před graviditou

informace o kojení před graviditou	n	%
ano	51	46,8 %
ne	58	53,2 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Odpovědi na devátou otázku byly zastoupeny téměř 50/50 bez mála jednotek čísel. 51 respondentek si zjistilo informace o kojení již před porodem (46,8 %), zbylých 58 respondentek si žádné informace o kojení v těhotenství nezjišťovaly (53,2 %).

Desátá otázka úzce navazuje na otázku předchozí. Zde měly odpovídat respondentky, které si zjistily informace o kojení již v těhotenství. Zajímalo mě, z jakého zdroje čerpaly informace. Jednalo se o otevřenou otázku. Pro vyhodnocení této otázky byly z odpovědí stanoveny kategorie, pro které byly vypočteny četnosti. Výsledky uvádí tabulka 9.

Tabulka 9 Zdroj informací o kojení v těhotenství

zdroj informací o kojení v těhotenství	n	%
internet	15	29,4 %
porodní asistentka/dětská sestra	7	13,7 %
předporodní kurz	10	19,6 %
laktační poradkyně	7	13,7 %
rodina, kamarádka	5	9,8 %
dula	1	2,0 %
lékař	1	2,0 %
knižní literatura	2	3,9 %
vlastní předchozí zkušenost	2	3,9 %
celkem	51	100 %

zdroj: vlastní

Odpovědi respondentek byly poměrně rozmanité. Nejvíce respondentek, tedy 15 žen, odpovědělo, že si informace samy dohledaly na internetu (29,4 %). 7 respondentek dostalo informace přímo v nemocnici od porodní asistentky anebo dětské sestry (13,7 %). 10 žen získalo informace z předporodního kurzu, tudíž můžeme předpokládat, že i zde hrály roli porodní asistentky (19,6 %). 7 respondentek využilo informace získané od laktační poradkyně (13,7 %). Figurovaly zde i odpovědi jako „rodina a kamarádky“, které uvedlo 5 respondentek (9,8 %). Další odpovědi byly zastoupeny méně. 1 respondentka uvedla jako zdroj informací dula (2,0 %) a 1 respondentka získala informace od lékaře gynekologa (2,0 %). Nakonec 2 respondentky využily knižní literaturu (3,9 %) a zbylé 2 respondentky daly na svou vlastní předchozí zkušenost (3,9 %).

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda u matek žijících v slabším socioekonomickém zázemí byl větší problém s navázáním vztahu mezi nimi a narozeným dítětem.

Výzkumný problém: Je u sociálně slabších matek problém s navázáním vztahu mezi ní a jejím předčasně narozeným dítětem?

Výzkumný problém: Je vztah mezi matkou a jejím předčasně narozeným dítětem ovlivněn také psychickým stavem matky?

Otázky vztahující se k těmto výzkumným problémům: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22.

V otázce č. 11 byly respondentky dotazovány na jejich pocity během těhotenství, konkrétně jsem se zajímala, jak často obecně pociťovaly pocity radosti. Respondentky vybíraly ze třech možností. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 10.

Tabulka 10 Pocity radosti v průběhu těhotenství

pocity radosti v průběhu těhotenství	n	%
velice často	74	67,9 %
výjimečně	33	30,3 %
vůbec	2	1,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Velkou převahu tvořila skupina žen, které během těhotenství pociťovaly pocity radosti velice často, jednalo se konkrétně o 74 respondentek (67,9 %). 33 respondentek odpovědělo tak, že pocity radosti se u nich vyskytly spíše výjimečně (30,3 %). Nakonec 2 respondentky uvedly, že radost nepociťovaly v těhotenství vůbec (1,8 %).

Ve dvanácté otázce jsem se dotazovala respondentek na skutečnost, zda musely během těhotenství být hospitalizovány na některém oddělení v nemocnici. Na výběr měly respondentky ze dvou možností. Výsledky uvádí tabulka č. 11.

Tabulka 11 Hospitalizace v průběhu těhotenství

hospitalizace v průběhu těhotenství	n	%
ano	55	50,5 %
ne	54	49,5 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Odpovědi na tuto otázku byly odpovězeny téměř rovnoměrně. 55 respondentek muselo být v průběhu těhotenství hospitalizováno (50,5 %). Zbýlých 54 respondentek hospitalizováno nebylo (49,5 %).

V následující otázce, tedy otázce č. 13, měly respondentky specifikovat, na kterém oddělení a na jak dlouho byly hospitalizovány v nemocnici. Otázka byla otevřená. Pro vyhodnocení otázky jsem vytvořila opět kategorie, pro které byly následně vypočteny absolutní a relativní četnosti, které jsou uvedeny v tabulce č. 13. Co se týče počtu dní/týdnů, po jejich dobu musely respondentky být hospitalizovány, pro tyto informace jsem sepsala volné slovní vyjádření pod tabulkou 12.

Tabulka 12 Oddělení hospitalizace v těhotenství

oddělení hospitalizace v těhotenství	n	%
odd. rizikového těhotenství/lůžková gynekologie	46	83,6 %
interní oddělení/JIP	5	9,1 %
porodní sál	3	5,5 %
chirurgické oddělení	1	1,8 %
celkem	55	100 %

zdroj: vlastní

Odpovědi na tuto otázku jsem očekávala v podobném zastoupení. 46 respondentek bylo v těhotenství hospitalizováno na oddělení rizikového těhotenství, ev. lůžkové gynekologie (83,6 %). 5 respondentek pobýlo v nemocnici na interním lůžkovém oddělení, ev. JIP (9,1 %). 3 ženy před porodem pobýly rovnou na porodním sále (5,5 %). Nakonec 1 respondentka byla hospitalizována na chirurgickém oddělení (1,8 %).

Co se týče délky pobytu v nemocnici v těhotenství, odpovědi se lišily v řádu několika dní. Nejdéle strávenou dobou na oddělení pro rizikové těhotné bylo přesně 15 týdnů, kdy respondentka byla hospitalizována od 19. týdne gravidity. Další respondentky uváděly například dobu strávenou na oddělení pro rizikové těhotné 14 dní, 45 dní, 1 měsíc apod. Na interním oddělení byla hospitalizace jedné respondentky nejdéle 14 dní. Na chirurgickém oddělení byla respondentka hospitalizována na 3 dny.

V otázce č. 14 jsem se dotazovala respondentek, jak dlouhou dobu strávily v nemocnici po porodu, ev. kolikátý den po porodu jsou v danou dobu vyplňování mého dotazníku. Pro snadné vyhodnocení otázky jsem vytvořila kategorie, které jsou prezentovány v tabulce 13.

Tabulka 13 Počet dní po porodu v nemocnici

počet dní po porodu v nemocnici	n	%
do 2 týdnů	79	72,5 %
více než 2 týdny až 1 měsíc	16	14,7 %
více než 1 měsíc	13	11,9 %
více než 2 měsíce	1	0,9 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Po analýze odpovědí na otázku č. 14 jsem zjistila, že 79 respondentek strávila v nemocnici čas ne delší než 2 týdny, ev. v době vyplňování dotazníku v nemocnici byly maximálně 14. den (72,5 %). Doba delší než 2 týdny, ale maximálně do 1 měsíce, strávilo v nemocnici 16 respondentek (14,7 %). Déle než 1 měsíc v nemocnici bylo hospitalizováno 13 žen (11,9 %). Nakonec 1 respondentka odpověděla, že její doba strávená v nemocnici byla déle než 2 měsíce, a to konkrétně 200 dní s chlapcem, který byl původně z vícečetné gravidity a narodil se v týdnu těhotenství 23+5 (0,9 %).

V patnácté otázce jsem pátrala po skutečnosti, zda respondentky cítí dostatečné vzájemné sžití mezi nimi a jejich předčasně narozeným dítětem (dětmi). Otázka byla uzavřená a respondentky vybíraly odpověď z předem stanovených čtyř možností. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 14.

Tabulka 14 Dostatečné vzájemné sžití s dítětem

dostatečné vzájemné sžití s dítětem	n	%
ano	71	65,1 %
spíše ano	31	28,4 %
spíše ne	7	6,4 %
ne	0	0,0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Výsledky dokazují, že většina žen cítí vzájemné dostatečné sžití s jejich předčasně narozeným novorozencem. Konkrétně pak 71 respondentek cítí dostatečné vzájemné sžití

s jejich dítětem jistě (65,1 %). 31 respondentek spíše cítí dostatečné vzájemné sžití, ne však tak jednoznačně, jako první skupina respondentek (28,4 %). 7 respondentek dostatečné vzájemné sžití s jejich dítětem spíše nepocítuje (6,4 %). Žádná z respondentek neuvedla, že by dostatečné vzájemné sžití nepocítovala v žádné míře (0,0 %).

Další otázka vztahující se k výše zmíněným výzkumným problémům, otázka č. 16, zjišťovala, zda respondentky pocítují po porodu pocity radosti a spokojenosti, a v jaké míře je pocítují. Respondentky volily odpověď z předem stanovených třech odpovědí. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 15.

Tabulka 15 Pocity radosti a spokojenosti po porodu

pocity radosti a spokojenosti po porodu	n	%
velice často	72	66,1 %
spíše výjimečně	30	27,5 %
vůbec	7	6,4 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

72 respondentek po porodu pocítovalo pocity radosti a spokojenosti velice často, díky čemuž je většina výsledků pozitivních (66,1 %). Dalších 30 respondentek pocítovalo radost a spokojenost spíše výjimečně (27,5 %). Žádnou radost a ani spokojenost nepocítovalo celkem 7 respondentek (6,4 %).

V následující otázce v dotazníku jsem se snažila zjistit, zda respondentky mají k dispozici dostatečnou oporu od jejich blízkého okolí, zejména od rodiny, od partnera. Pro tento účel byly vytvořeny čtyři možnosti, ze kterých respondentky volily odpověď. Zjištěné údaje zobrazuje tabulka 16.

Tabulka 16 Opora od blízkého okolí (partner, rodina)

opora od blízkého okolí (partner, rodina)	n	%
ano	82	75,2 %
spíše ano	24	22,0 %
spíše ne	3	2,8 %
ne	0	0,0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Dle výsledků jsem zjistila, že 82 respondentek po porodu mělo oporu ve svých blízkých, což mě jistě potěšilo (75,2 %). 24 respondentek spíše mělo oporu ve svých blízkých, avšak ne tak jednoznačně (22,0 %). 3 respondentky uvedly, že oporu ve svých blízkých spíše neměly, a tato skutečnost mě mrzí (2,8 %). Žádná ze 109 respondentek však neuvedla, že rozhodně vůbec žádnou oporu ve svých blízkých neměly (0,0 %).

V otázce č. 21 jsem zjišťovala, zda respondentky mají kolem sebe blízké, kterým si mohou říct dle potřeby o pomoc. Zde se nemuselo nutně jednat o partnera, pokud ten například oporou nebyl, mohlo se nýbrž jednat třeba o kamarádku nebo jiné příbuzné a známé. Respondentky mohly odpověď vybírat ze čtyřech možností. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 17.

Tabulka 17 Možná pomoc od blízkých kdykoliv

možná pomoc od blízkých kdykoliv	n	%
ano	63	57,8 %
spíše ano	24	22,0 %
spíše ne	16	14,7 %
ne	6	5,5 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Výsledky této otázky byly v počtech respondentek ve vypsání kategoriích o něco málo odlišné oproti otázce č. 17, ačkoli obsahem si jsou otázky podobné. 63 respondentek uvedlo, že kdykoliv je potřeba, dostane se jim vždy pomoc od někoho z jejich blízkého okolí

(57,8 %). 24 respondentek dostanou požadovanou pomoc od svého okolí, ne však vždy (22,0 %). 16 respondentek potřebnou pomoc od někoho ze svého okolí spíše nedostává (14,7 %). Nakonec 6 respondentkám se pomoci od blízkého okolí nedostává vůbec (5,5 %).

Následující 22. otázka pojednává o obavách respondentek v souvislosti s finanční náročností péče o jejich předčasně narozené dítě. Na otázku opět odpovídaly dle vypsanych možností, ze kterých volily jim nejbližší variantu. Výsledky jsou zhodnoceny v tabulce 18.

Tabulka 18 Strach ohledně finanční náročnosti péče o dítě

strach ohledně finanční náročnosti péče o dítě	n	%
ano	22	20,2 %
spíše ano	9	8,3 %
spíše ne	40	36,7 %
ne	38	34,9 %
celkem	100	100 %

zdroj: vlastní

Odpověďmi na 22. otázku jsem se dozvěděla, že 22 respondentek pocítovala strach ohledně finanční náročnosti péče o jejich předčasně narozeného novorozence (20,2 %). 9 respondentek také mělo obavy, ale v menší míře (8,3 %). 40 respondentek uvedlo, že spíše se finanční náročnosti péče neobávaly (36,7 %). Posledních 38 respondentek nemělo vůbec obavy o finanční náročnosti péče o dítě (34,9 %).

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda u matek s dostatečnou pomocí jejího blízkého okolí je kojení/výživa jejího předčasně narozeného dítěte celkově snazší.

Výzkumný problém: Jaký je vztah mezi matkou předčasně narozeného dítěte a jejím partnerem?

Výzkumný problém: Je vztahem mezi oběma partnery narušena schopnost ženy kojit/odstříkávat mateřské mléko?

Otázky, které se vztahují k výzkumným problémům: č. 18, 19, 20, 33.

V otázce č. 18 jsem chtěla zjistit, zda se podílí partner žen na péči o jejich narozené dítě. Zkrátka mě zajímalo, zda jsou respondentky na veškerou péči a pojíjí se neduhy samy,

nebo jestli jim partner v péči pomáhá. Respondentky vybíraly odpověď z pěti stanovených možností. Analýza této otázky je zobrazena v tabulce 19.

Tabulka 19 Podíl partnerovy péče o narozené dítě

podíl partnerovy péče o narozené dítě	n	%
ano	76	69,7 %
spíše ano	21	19,3 %
spíše ne	10	9,2 %
ne	0	0,0 %
žiji v domácnosti bez partnera	2	1,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Při rozboru otázky č. 18 jsem zjistila, že 76 respondentkám pomáhá manžel při péči o jejich narozené dítě (69,7 %). Dalších 21 respondentek uvedlo, že jim partner spíše pomáhá při péči o dítě (19,3 %). 10 respondentkám se pomoci v péči o dítě spíše nedostává (9,2 %). Žádná z respondentek neuvedla, že by jim partner aspoň trochu nepomáhal (0,0 %). Poslední možnost z nabízených zvolily 2 respondentky, a sice že v domácnosti žijí bez partnera (1,8 %).

Otázka č. 19 se týkala respondentek, které v domácnosti žijí s partnerem. Zjišťovala jsem, jaký vztah má jejich partner k jejich předčasně narozenému dítěti (dětmi). Otázka byla otevřená a respondentky se mohly volně vyjádřit a popsat jejich vztah jejich očima, tak, jak to cítí. Pro vyhodnocení otázky č. 19 byly vytvořeny kategorie, které jsou zobrazeny v tabulce 20.

Tabulka 20 Vztah partnera k dítěti

vztah partnera k dítěti	n	%
pozitivní	105	98,1 %
ne příliš dobrý, není smířen	1	0,9 %
spíše negativní	1	0,9 %
celkem	107	100 %

zdroj: vlastní

Pro snadné zhodnocení této otázky jsem stanovila 3 kategorie. 105 respondentek uvedlo vztah jejich partnera k dítěti jako pozitivní, kladný, skvělý, milující a ostatní ekvivalenty těchto slov (98,1 %). 1 respondentka uvedla, že její partner není dosud smířen s předčasným porodem jejich syna a z toho důvodu jejich vztah zatím není příliš dobrý (0,9 %). Poslední respondentka uvedla, že její partner má dosud negativní vztah k jejich nedonošenému novorozenci (0,9 %).

Ve dvacáté otázce měly respondentky odpovídat otevřeně a popsat, jaký je jejich vztah s partnerem. Odpovídaly ty respondentky, které žijí s partnerem v domácnosti. Pro snadnou analýzu byly vytvořeny čtyři kategorie, které jsou zobrazeny v tabulce 21.

Tabulka 21 Vztah ženy a jejího partnera

vztah ženy a jejího partnera	n	%
pozitivní	99	92,5 %
horší než před porodem	4	3,7 %
ne příliš dobrý	2	1,9 %
komplikovaný	2	1,9 %
celkem	107	100 %

zdroj: vlastní

Velká většina respondentek uvedla slovně, že jejich vztah s partnerem je kladný, pozitivní, harmonický, plný lásky a něhy apod., přesněji 99 respondentek zhodnotilo jejich vztah s partnerem za krásný a ve spoustě odpovědí byl sdělen také vděk partnerovi za oporu (92,5 %). 4 respondentky uvedly, že jejich vztah s partnerem se od porodu zhoršil (3,7 %). Dočetla jsem se například, že se mezi respondentkou a jejím partnerem zhoršil vztah z důvodu úmrtí jednoho dítěte z vícečetného těhotenství po porodu, kdy našťástí druhý novorozenec je zcela zdravý, a ačkoliv své dítě partneri nadevše milují, jejich vztah již není tak harmonický, jakým byl před porodem. 2 respondentky zhodnotily jejich vztah s partnerem jako ne příliš dobrý (1,9 %). Poslední kategorii zvolily 2 respondentky, které vztah uvedly jako komplikovaný a složitý (1,9 %).

V následující otázce jsem se ptala respondentek, zda zkusily odstříkávat mateřské mléko, ev. mlezivo. Otázka byla uzavřená a respondentky volily odpověď ze dvou možností. Analýza a výsledky otázky jsou v tabulce č. 22.

Tabulka 22 Pokus o odstříkávání mateřského mléka

pokus o odstříkávání mateřského mléka	n	%
ano	107	98,2 %
ne	2	1,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Odpovědi na 33. otázku byly jednoznačné. Valná většina, 107 respondentek, se pokusila o odstříkávání mateřského mléka (98,2 %). 2 respondentky se nepokusily mateřské mléko odstříkávat (1,8 %).

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda dané předčasně narozené děti žen jsou převážně kojeny, nebo se praktikuje jiný způsob výživy.

Výzkumný problém: Závísí schopnost kojit předčasně narozené děti na tom, v jakém gestačním týdnu se narodily?

Vztahující se otázky k výzkumnému problému jsou otázky č. 5, 23, 38.

V páté otázce mě zajímala základní informace o tom, jak moc předčasně respondentky porodily jejich nedonošeného novorozence. Za tímto účelem byly vytvořeny v této otázce dotazníku čtyři možnosti ohledně týdnů gravidity, ze kterých respondentky vybíraly odpověď. Výsledky ukazuje tabulka 23.

Tabulka 23 Předčasný porod

předčasný porod	n	%
24. týden těhotenství a méně	8	7,3 %
25.-28. týden těhotenství	9	8,3 %
29.-32. týden těhotenství	32	29,4 %
33. týden těhotenství a více	60	55,0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Z odpovědí jsem se dozvěděla, že 8 respondentek porodilo ve 24. týdnu těhotenství nebo dokonce ještě dříve, kdy hovoříme o tzv. „šedé zóně“ (7,3 %). 9 respondentek se setkalo s předčasným porodem od 25. do 28. týdne těhotenství (8,3 %). 32 respondentek porodilo předčasně ve 29. až 32. týdnu gravidity (29,4 %). Nejpočetnější skupinu tvořilo 60 respondentek, které porodily ve 33. týdnu těhotenství a později (55,0 %).

Otázka č. 23 porovnávala dvě skupiny odpovědí. Zajímalo mě, zda měly respondentky po porodu nedonošeného novorozence potíže s nastoupením a rozběhnutím laktace, což bývá často i problémem u porodu dětí donošených. Výsledky uvádím v tabulce 24.

Tabulka 24 Problém s nastoupením a rozběhnutím laktace

problém s nastoupením a rozběhnutím laktace	n	%
ano	48	44,0 %
ne	61	56,0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Osobně jsem očekávala zastoupení odpovědí spíše opačně. 48 respondentek mělo po porodu problém s nastoupením a rozběhnutím laktace (44,0 %). Zbylých 61 respondentek problémy s laktací po porodu neměly (56,0 %).

Další otázka vztahující se k dílčímu cíli 4, otázka č. 38, zjišťovala způsob, kterým je momentálně krmeno předčasně narozené dítě (děti) respondentek. Odpovědi se mohly lišit v závislosti na tom, zda byly respondentky např. toho času ještě hospitalizovány v nemocnici a byly čerstvě po porodu nebo zda byly již v domácím prostředí. Respondentky měly na výběr ze čtyř možností. Analýza je k vidění v tabulce 25.

Tabulka 25 Způsob příjmu potravy dítěte

způsob příjmu potravy dítěte	n	%
plně kojeno	41	37,6 %
kojeno + dokrm umělou mléčnou formulí	8	7,3 %
umělá mléčná formule	52	47,7 %
krmeno odstříkaným mateřským mlékem	8	7,3 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Při vyhodnocování této otázky jsem byla mile překvapena, že 41 respondentek plně kojí jejich nedonošeného novorozence (37,6 %). 8 respondentek kombinuje kojení a dokrm umělou mléčnou formulí (7,3 %). Poměrně velký podíl tvořilo 52 respondentek, které uvedly, že jimi praktikovaný způsob krmení jejich dítěte (dětí) je pouze umělou mléčnou formulí (47,7 %). Posledních 8 respondentek uvedlo, že dítě krmí jejich odstříkaným mateřským mlékem (7,3 %).

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda zdravotnický personál dostatečně informuje ženy po porodu předčasně narozeného dítěte o možnostech kojení.

Výzkumný problém: Je zdravotnický personál během hospitalizace ženě nápomocen?

Výzkumný problém: Byly ženě po porodu vysvětleny a ukázány možnosti krmení jejího předčasně narozeného dítěte?

Otázky vztahující se k dílčímu cíli 5 a výzkumným problémům: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40.

Otázka č. 24 zjišťovala, zda byla respondentkám v nemocnici vysvětlena fyziologie laktace. Odpovědi na tuto otázku byly prosté. Respondentky volily ze dvou možností. Výsledky jsou umístěny do tabulky 26.

Tabulka 26 Vysvětlení fyziologie laktace

vysvětlení fyziologie laktace	n	%
ano	58	53,2 %
ne	51	46,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Tabulka dokazuje, že celkem 58 respondentkám byla personálem na oddělení v nemocnici, kde byly po porodu hospitalizované, vysvětlena fyziologie laktace (53,2 %). Zbylým 51 respondentkám nikým v nemocnici fyziologie laktace vysvětlena nebyla (46,8 %).

V otázce 25 jsem zjišťovala, zda byly respondentkám v nemocnici sděleny výhody a benefity kojení nedonošeného novorozence. Odpověď respondentky opět volily ze dvou prostých možností. Výsledky jsou znázorněny v tabulce 27.

Tabulka 27 Vysvětlení výhod a benefitů kojení

vysvětlení výhod a benefitů kojení	n	%
ano	73	67,0 %
ne	36	33 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Výsledky ukázaly, že více než polovině respondentkám byly personálem v nemocnici vysvětleny výhody a benefity kojení předčasně narozeného novorozence. Jednalo se o 73 respondentek (67,0 %). Zbylým 36 respondentkám nikdo tyto informace nesdělil (33 %).

Otázka č. 26 byla otevřená. Zjišťovala jsem skrze ni informace o tom, kdo z personálu na oddělení v nemocnici podal respondentkám informace ohledně benefitů kojení jejich nedonošeného novorozence. Odpovídaly ty respondentky, které v předchozí otázce zvolily odpověď „Ano“. Pro přenesení dat do tabulky jsem vytvořila kategorie dle odpovědí respondentek. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 28.

Tabulka 28 Zdroj informací o kojení po porodu

zdroj informací o kojení po porodu	n	%
porodní asistentka/dětská sestra	35	47,9 %
laktační poradkyně	31	42,5 %
lékař na neonatologii	5	6,8 %
informační letáky na oddělení	2	2,7 %
celkem	73	100 %

zdroj: vlastní

Po vyhodnocení této otázky je zřejmé, že největší roli v podávání informací ohledně výhod a benefitů kojení tvořily porodní asistentky a dětské sestry pracující na oddělení neonatologie. Celkem 35 respondentkám podaly informace právě porodní asistentky anebo dětské sestry (47,9 %). 31 respondentek získalo informace od laktační poradkyně, kterou samozřejmě mohla být opět porodní asistentka či dětská sestra (42,5 %). 5 respondentek dostalo informace o kojení od lékaře z oddělení neonatologie (6,8 %). Nakonec 2 respondentky si načetly informace z tištěného materiálu, který je na oddělení k dispozici (2,7 %).

V otázce č. 27 jsem se tázala respondentek, zda jim byly na oddělení nabídnuty vhodné polohy ke kojení jejich předčasně narozeného novorozence. Otázka byla uzavřená, kdy respondentky volily odpověď ze dvou možností. V tabulce 29 jsou k dispozici výsledky.

Tabulka 29 Nabídka poloh ke kojení

nabídka poloh ke kojení	n	%
ano	45	41,3 %
ne	64	58,7 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Výsledky na tuto otázku dopadly tak, že 45 respondentkám byly nabídnuty vhodné polohy ke kojení jejich nedonošeného novorozence (41,3 %). Větší podíl tvořila skupina 64 respondentek, kterým nebyly žádné vhodné polohy ke kojení nabídnuty (58,7 %).

V následující otázce č. 28 jsem se tázala těch respondentek, kterým byly nabídnuty na oddělení vhodné polohy ke kojení nedonošeného novorozence, aby samy uvedly, které polohy jim byly nabídnuty. Otázka byla otevřená a pro zhodnocení a analýzu byly vytvořeny kategorie, pro které následně byly vypočteny četnosti, které jsou zobrazeny v tabulce 30.

Tabulka 30 Typy nabízených poloh ke kojení

typy nabízených poloh ke kojení	n	%
poloha vzpřímená, fotbalová + poloha Madony	11	24,4 %
poloha fotbalová	11	24,4 %
poloha vzpřímená + fotbalová	6	13,3 %
poloha Madony	4	8,9 %
poloha vzpřímená	4	8,9 %
nepamatuji si názvy	4	8,9 %
poloha Madony, poloha fotbalová + poloha vleže	3	6,7 %
poloha Madony + poloha fotbalová	1	2,2 %
poloha vleže	1	2,2 %
celkem	45	100 %

zdroj: vlastní

Po vytvoření kategorií jsem potřebovala navrhnout poněkud rozsáhlou tabulku, která přesně specifikovala konkrétní napsané odpovědi respondentek, jelikož na oddělení v nemocnici jim bylo většinou ukázáno více poloh ke kojení, než pouze 1. 11 respondentek se shodlo na tom, že na oddělení jim byly personálem ukázány polohy ke kojení: vzpřímená vertikální, fotbalová a poloha Madony (24,4 %). Dalších 11 respondentek uvedlo, že jim byla ukázána výlučně fotbalová poloha ke kojení (24,4 %). 6 respondentkám byla ukázána zároveň poloha vzpřímená vertikální a fotbalová poloha (13,3 %). 4 respondentky viděly ukázky pouze polohy Madony (8,9 %). Další 4 respondentky viděly ukázku jen polohy vzpřímené vertikální (8,9 %). Do tabulky jsem musela zahrnout také možnost, kdy 4 respondentky uvedly, že si nevybavují přesné názvy poloh, ale nabízeno jim jich bylo více (8,9 %). 3 re-

spondentky viděly ukázanou polohu Madony spolu s fotbalovou polohou a polohou ke kojení vleže (6,7 %). Další kategorii vytvořila 1 respondentka, které byly ukázány 2 polohy ke kojení, a sice poloha Madony a fotbalová poloha (2,2 %). Poslední respondentce na oddělení v nemocnici byla ukázána výlučně poloha vleže (2,2 %). Obecně lze říct, že nejvíce doporučovanou a ukazovanou polohou pro respondentky tohoto výzkumu byla poloha Madony.

V otázce č. 29 jsem se tázala respondentek, zda měly možnost vyzkoušet si polohy ke kojení, ať už jim byly na oddělení ukázány nebo si je respondentky zkoušely samy bez předchozí ukázky či pomoci. Odpovědi na tuto otázku byly prosté, respondentky volily ze dvou možností. Výsledky jsou prezentovány v tabulce 31.

Tabulka 31 Možnost vyzkoušení poloh ke kojení

možnost vyzkoušení poloh ke kojení	n	%
ano	61	56,0 %
ne	48	44,0 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Po vyhodnocení otázky č. 29 jsem došla k závěru, že 61 respondentek z celkového počtu odevzdaných dotazníků si mohlo vyzkoušet na oddělení v nemocnici polohy ke kojení jejich předčasně narozeného dítěte/děti (56,0 %). Zbýlých 48 respondentek tuto možnost nemělo (44,0 %).

V následující otázce jsem zjišťovala, zda byly respondentky na oddělení informovány zdravotnickým personálem o známkách správného přisátí dítěte k prsu, kdy jsem do závorky uvedla možné správné známky přisátí (pohyb spánků a uší dítěte při sání z prsu, většina prsního dvorce v ústech novorozence). Respondentky volily ze dvou možností. Výsledky jsou umístěny do tabulky 32.

Tabulka 32 Informovanost o známkách správného přisátí dítěte k prsu

informovanost o známkách správného přisátí dítěte k prsu	n	%
ano	64	58,7 %
ne	45	41,3 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Z odpovědí a analýzy z tabulky vyplývá, že celkem 64 respondentek bylo personálem na oddělení v nemocnici informováno o známkách správného přisátí novorozence k prsu při kojení (58,7 %). 45 respondentek vůbec informováno nebylo (41,3 %).

Otázkou č. 31 jsem chtěla zjistit, jestli byly respondentky informovány o způsobech odstříkávání mateřského mléka. Opět respondentky volily odpověď ze dvou nabízených možností. Otázka je vyhodnocena v tabulce 33.

Tabulka 33 Informovanost o způsobech odstříkávání mateřského mléka

informovanost o způsobech odstříkávání mateřského mléka	n	%
ano	88	80,7 %
ne	21	19,3 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Po analýze otázky č. 31 jsem zjistila, že celkem 88 respondentek bylo personálem informováno o způsobech odstříkávání mateřského mléka, případně mleziva (80,7 %), což je o dost více než polovina respondentek, tudíž odpovědi na tuto otázku hodnotím kladně. 21 respondentek nebylo informováno o způsobech odstříkávání mateřského mléka/mleziva (19,3 %).

Otázka č. 32 zjišťovala od žen, kterým byly vysvětleny způsoby odstříkávání mateřského mléka, od koho získaly dané informace. Otázka byla otevřená. Pro vyhodnocení byly vytvořeny kategorie, pro které byly vypočteny četnosti, které se nachází v tabulce 34.

Tabulka 34 Zdroj informací o způsobech odstříkávání mateřského mléka

zdroj informací o způsobech odstříkávání mateř-	n	%
porodní asistentka/dětská sestra	49	55,7 %
laktační poradkyně	33	37,5 %
lékař	5	5,7 %
informační leták na oddělení	1	1,1 %
celkem	88	100 %

zdroj: vlastní

Pro snadnou analýzu otázky č. 32 jsem podle odpovědí respondentek vytvořila 4 možnosti, které se v odpovědích vyskytovaly. Zjistila jsem, že 49 žen získalo informace o způsobech odstříkávání mateřského mléka od porodní asistentky nebo dětské sestry na oddělení (55,7 %). 33 respondentek mělo informace od laktační poradkyně, kterou mohla být např. i porodní asistentka nebo dětská sestra (37,5 %). 5 žen bylo informováno lékařem z oddělení neonatologie (5,7 %). 1 respondentka si přečetla informace z letáku, který byl k dispozici na oddělení (1,1 %).

Otázka č. 34 zjišťovala, jestli bylo respondentkám umožněno odstříkávání mateřského mléka v přítomnosti jejich dítěte (dětí). Otázka byla uzavřená a respondentky volily ze stanovených možností. Prezentace výsledků je v tabulce 35.

Tabulka 35 Možnost odstříkávání mateřského mléka v přítomnosti dítěte

možnost odstříkávání MM v přítomnosti dítěte	n	%
ano	70	64,2 %
ne	39	35,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Odpovědi na otázku dopadly o něco lépe, než jsem očekávala. 70 respondentek mělo možnost odstříkávat mateřské mléko za přítomnosti jejich dítěte/dětí (64,2 %). Zbýlých 39

respondentek nemělo možnost odstříkávat mateřské mléko v blízkosti jejich dítěte/děti (35,8 %).

Následující otázka v dotazníku zjišťovala, zda bylo respondentkám na oddělení vysvětleno, jakým způsobem je možné krmit jejich dítě (děti) odstříkaným mateřským mlékem. Respondentky vybíraly odpověď ze dvou možností. Výsledku jsou uvedeny v tabulce 36.

Tabulka 36 Vysvětlení způsobu krmení odstříkaným mateřským mlékem

vysvětlení způsobu krmení odstříkaným MM	n	%
ano	80	73,4 %
ne	29	26,6 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Více než polovině respondentkám, konkrétně 80, bylo na oddělení v nemocnici vysvětleno, jakým způsobem je možné alternativně krmit jejich dítě (děti) odstříkaným mateřským mlékem (73,4 %). 29 respondentkám se žádného vysvětlení nedostalo (26,6 %).

Otázka č. 36 se týkala respondentek, kterým byl na oddělení vysvětlen způsob krmení jejich dítěte (děti) odstříkaným mateřským mlékem. Respondentky mohly volně napsat způsob, který jim byl vysvětlen. Pro snadnou prezentaci výsledků byly vytvořeny kategorie, pro které byly vypočteny četnosti, a jsou umístěny do tabulky 37.

Tabulka 37 Způsob krmení odstříkaným mateřským mlékem

způsob krmení odstříkaným MM	n	%
stříkačka po prstu	32	40,0 %
nasogastrická sonda	17	21,3 %
láhev se savičkou	16	20,0 %
stříkačka po prstu, cévka po prsu, láhev se savičkou	7	8,8 %
stříkačka se savičkou	4	5,0 %
cévka po prsu	3	3,8 %
kalíšek	1	1,3 %
celkem	80	100 %

zdroj: vlastní

Po přečtení veškerých odpovědí respondentek jsem vytvořila 7 kategorií, které jsem vypsala do tabulky výše. Zjistila jsem, že nejčastěji vysvětlovaným způsobem krmení dítěte (dětí) odstříkaným mateřským mlékem je krmení pomocí stříkačky po prstu. Tento způsob byl vysvětlen a praktikován u 32 respondentek (40,0 %). 17 respondentek uvedlo, že jejich děti byly krmeny nasogastrickou sondou (21,3 %). 16 respondentkám byl vysvětlen a ukázán způsob krmení pomocí láhve se savičkou (20,0 %). 7 respondentkám bylo vysvětleno více způsobů, a sice krmení stříkačkou po prstu, cévkou po prsu a láhví se savičkou (8,8 %). 4 respondentky dostaly informace o krmení dítěte pomocí stříkačky, na jejímž konci byla nasazena savička (5,0 %). 3 respondentky praktikovaly způsob krmení dítěte pomocí cévky po prsu (3,8 %). 1 respondentka uvedla, že jí byl vysvětlen způsob alternativního krmení pomocí kalíšku (1,3 %)

Další otázkou jsem zjišťovala, zda respondentky získaly dostatečné informace o skladování a manipulaci s odstříkaným mateřským mlékem. Otázka byla uzavřená a respondentky vybíraly jednu ze dvou stanovených možností. Pro vyhodnocení otázky byla vytvořena tabulka 38.

Tabulka 38 Dostatečné informace o manipulaci a skladování odstříkaného MM

dostatečné informace o manipulaci a skladování odstříkaného MM	n	%
ano	82	75,2 %
ne	27	24,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Výsledky dopadly tak, že 82 respondentek bylo dostatečně informováno v oblasti zacházení a skladování odstříkaného mateřského mléka (75,2 %). Další 27 respondentek dostatečné informace v této oblasti nezískaly (24,8 %).

Otázkou č. 39 jsem se snažila zjistit, zda si respondentky myslí, že byly dostatečně informované ohledně kojení a výživy jejich dítěte (dětí) a zda se cítily být podpořeny ze strany zdravotnického personálu v nemocnici. Respondentky volily odpověď ze čtyř stanovených možností. Výsledky jsou uvedeny níže v tabulce 39.

Tabulka 39 Dostatečná informovanost a podpora v kojení

dostatečná informovanost a podpora v kojení	n	%
ano	37	33,9 %
spíše ano	35	32,1 %
spíše ne	21	19,3 %
ne	16	14,7 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

Z odpovědí jsem se dozvěděla, že 37 respondentek bylo spokojených a myslí si, že se jim dostalo dostatečných informací a podpory stran kojení (33,9 %). 35 respondentek si není jistých tak, jako první skupina, nicméně si myslí, že se jim také dostaly potřebné informace a podpora, nýbrž v menší míře (32,1 %). 21 respondentek si myslí, že se jim spíše nedostalo dostatečných informací a spíše nebyly podpořeny v oblasti kojení (19,3 %). Zbylých 16 respondentek si je jistých, že nedostaly dostatečné informace ani podporu od zdravotnického personálu v nemocnici (14,7 %).

V poslední otázce dotazníku, otázce č. 40, jsem se ptala respondentek, zda získaly v nemocnici informaci, kam by se mohly s případnými problémy v oblasti kojení a výživy jejich dítěte (dětí) obrátit a požádat o pomoc. Zde jsem měla na mysli například doporučení komunitní porodní asistentky, laktační poradkyně, možnost navštívit poradnu, která je přítomna v určitých nemocnicích dokonce zdarma v konkrétní dny a podobné. Respondentky volily ze dvou možností. Výsledky prezentuje tabulka 40.

Tabulka 40 Informace o řešení problémů s kojením v domácím prostředí

informace o řešení problémů s kojením v domácím prostředí	n	%
ano	58	53,2 %
ne	51	46,8 %
celkem	109	100 %

zdroj: vlastní

V poslední otázce se utvořily dvě skupiny odpovědí, které se rozdělily skoro půl na půl. 58 respondentek dostalo od personálu v nemocnici informace, kam se může v domácím prostředí obrátit o pomoc s kojením a výživou svého předčasně narozeného novorozence (53,2 %). 51 respondentek udává, že žádné takové informace od personálu nedostalo (46,8 %).

14 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Hlavním cílem bylo zjistit, v jaké míře jsou matky, které předčasně porodily své dítě, informované o možnostech kojení a výživy nedonošeného novorozence. Pro vyzkoumání hlavního cíle jsem si stanovila 5 dílčích cílů. Ke každému z dílčích cílů byly poté přiřazeny výzkumné problémy a otázky z dotazníku, které se vztahují k danému cíli.

Identifikační otázky:

Tyto otázky zjišťovaly základní informace a demografické údaje o respondentkách. Do výzkumu se zapojilo 109 žen (100 %), které porodily předčasně své dítě, a zároveň byly maximálně půl roku po porodu. Nejvíce zúčastněných žen bylo ve věku 31-35 let (49; 45,0 %) a nejčastější nejvyšší ukončené vzdělání bylo vysokoškolské (62; 56,9 %). Naprostá většina respondentek byla v době porodu prvorodičkami (80; 73,4 %). Většina respondentek porodila předčasně jedno dítě (93; 85,3 %) a nejčastěji se jednalo o novorozence mužského pohlaví (61; 56,0 %). Nejvíce zastoupenou váhovou kategorií porodní hmotnosti u nedonošených novorozenců respondentek byla váha od 2000 g a více (50; 45,9 %). V neposlední řadě mě zajímalo, jakým způsobem respondentky předčasně porodily. Zjistila jsem, že nejvíce žen porodilo císařským řezem (63; 57,8 %).

Cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání matek vliv na jejich znalosti ohledně kojení a výživy nedonošených dětí.

Výzkumný problém: Znalí matky základní aspekty ohledně kojení a výživy nedonošených dětí již před porodem?

Výzkumný problém: Jsou jejich znalosti ovlivněny vzděláním?

Otázky z dotazníku: 2, 9, 10.

Odpovědi na tyto výzkumné problémy jsem získala ze třech otázek v dotazníku. V otázce č. 2 jsem se ptala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentek, a jak již bylo zmíněno výše, většina respondentek zapojených do výzkumu měla dokončené vysokoškolské vzdělání (62; 56,9 %). Potřebovala jsem pro výzkum zjistit, zda respondentky znaly aspekty ohledně kojení a výživy nedonošených dětí již před porodem, a to jsem se dozvěděla z otázky č. 9 v dotazníku. Zjistila jsem, že 51 respondentek znalo aspekty a informace o kojení a výživě nedonošených dětí již před porodem (46,8 %). Zbýlých 58 respondentek tyto informace před porodem neznaly (53,2 %). Když jsem porovnávala mezi sebou konkrétní odpovědi

respondentek na tyto dvě otázky, zjistila jsem fakt, že 34 respondentek, které dosáhly vysokoškolského vzdělání, znaly aspekty o kojení a výživě nedonošených dětí již před porodem. 17 zbylých respondentek, které rovněž znaly aspekty o kojení a výživě předčasně narozených dětí, nedosáhly vysokoškolského vzdělání. Očekávala jsem, že vysokoškolsky vzdělané respondentky budou dominovat v otázce č. 9, jelikož tvořily nejpočetnější skupinu dle vzdělání respondentek. Nicméně nelze říct, že by vysokoškolsky vzdělané respondentky znaly lépe záležitosti ohledně kojení a výživy před porodem než respondentky, které dosáhly vzdělání nižšího.

Otázka č. 10 sloužila pouze jako doplňující údaj k výzkumným problémům, kdy mě zajímalo, kde čerpaly ženy v graviditě informace o kojení a výživě dětí. Zjistila jsem, že nejvíce využívaným zdrojem informací v této oblasti byl internet, a to ať už se jednalo o síť jako je www.instagram.com, www.facebook.com či jiné webové stránky. Internet dominoval u 15 respondentek (29,4 %). 10 respondentek načerpalo informace z předporodního kurzu (19,6 %). Několik respondentek uvedlo jako zdroj informací o kojení a výživě porodní asistentku nebo dětskou sestru (7; 13,7 %). V odpovědích účinkovala také laktační poradkyně (7; 13,7 %). 5 respondentek využilo zkušeností a rad od rodinných příslušníků a kamarádek (9,8 %). 2 respondentky použily k vyhledávání informací knižní literaturu (3,9 %), další 2 respondentky volily pouze svou vlastní předchozí zkušenost (3,9 %). Nakonec zde byla zmíněna také dula (1; 2,0 %) a lékař (1; 2,0 %).

Cíl 2: Zjistit, zda u matek žijících v slabším socioekonomickém zázemí byl větší problém s navázáním vztahu mezi nimi a narozeným dítětem.

Výzkumný problém: Je u sociálně slabších matek problém s navázáním vztahu mezi ní a jejím předčasně narozeným dítětem?

Výzkumný problém: Je vztah mezi matkou a jejím předčasně narozeným dítětem ovlivněn také psychickým stavem matky?

Otázky vztahující se k těmto výzkumným problémům: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22.

Při analýze otázek týkajících se psychického stavu respondentek jsem dospěla k zjištění, že 74 žen z celkového počtu 109 pocíťovalo v průběhu těhotenství pocity radosti velice často (67,9 %), tudíž usuzuji, že minimálně v období těhotenství se většina žen cítila spokojeně. Do výzkumu se zapojily rovněž respondentky, které pocíťovaly radost v těhotenství

výjimečně (33; 30,3 %). Zjistila jsem, že 2 respondentky nepocitovaly radost v těhotenství vůbec (1,8 %).

Stav po porodu potom vypadal velmi podobně. Zjistila jsem, že přibylo respondentek, kterým vymizely pocity spokojenosti a radosti, ačkoliv v těhotenství je zažívaly. 72 respondentek po porodu pocitovalo pocity radosti a spokojenosti (66,1 %), 30 respondentek pocitovalo tyto pocity výjimečně (27,5 %) a 7 respondentek vůbec (6,4 %).

Zjistila jsem, že ze 7 respondentek, které nepocitovaly dostatečné vzájemné sžití s jejich narozeným dítětem (dětmi), jich celkem 5 necítilo po porodu radost ani spokojenost. Zde je zjevné, že psychický stav matky může v začátcích po porodu narušit plynulost navázání vztahu mezi matkou a dítětem, obzvláště jedná-li se o nedonošeného novorozence.

Jelikož jsem se tázala na psychický stav žen, zajímala jsem se také o proběhlé hospitalizace v těhotenství, kdy jsem se dozvěděla, že celkem 55 respondentek bylo hospitalizováno v těhotenství na některém oddělení (50,5 %). Žádná z 55 respondentek nebyla hospitalizována na oddělení v nemocnici kvůli psychickému stavu (0,0 %). Co se týče hospitalizace po porodu, nejdelší strávenou dobou v nemocnici bylo déle než 2 měsíce, které v nemocnici strávila 1 respondentka (0,9 %).

Pozitivem je, že naprostá většina respondentek měla k dispozici oporu a pomoc od někoho z jejich blízkého okolí (82; 75,2 %), dalších 24 respondentek po většinou pomoc od blízkých mělo také, i když ne tak jednoznačně (22,0 %), nakonec pouze 3 respondentky nedostaly takovou oporu od blízkých, o jakou by stály (2,8 %).

Zjišťovala jsem situaci kolem finančních prostředků ohledně péče o nedonošeného novorozence. Respondentky odpovídaly většinou tak, že nemají žádné obavy ohledně finanční náročnosti péče o jejich dítě (38; 34,9 %), dalších 40 respondentek uvedlo, že obavy spíše nemá (36,7 %). Finanční náročnosti se obávalo několik žen, které se ještě rozdělily do 2 skupin. První skupina žen se obávala rozhodně (22; 20,2 %) a druhá se spíše obávala, ne však tak jednoznačně, jako skupina první (9; 8,3 %).

Nakonec se dostáváme k otázce, která zjišťovala kvalitu sžití respondentek s jejich dítětem (dětmi). Celých 71 respondentek, ať už ze sociálně slabších poměrů, se základním vzděláním či s vysokoškolským, s dobrým psychickým stavem či horšími náladami po porodu, udávalo odpověď, že pocítují dostatečné vzájemné sžití s jejich předčasně narozeným dítětem (65,1 %). Tuto skupinu doplňuje 31 respondentek, které dostatečné vzájemné sžití

pocitují také, ne však tak stoprocentně (28,4 %). Dostáváme se k 7 respondentkám, které nepocitují dostatečné vzájemné sžití mezi nimi a jejich dítětem (dětmi). Prozkoumala jsem jednotlivé odpovědi respondentek a zjistila, že všech 7 respondentek, které nepocitovaly vzájemné dostatečné sžití s jejich nedonošeným dítětem (dětmi) byly vysokoškolsky vzdělané. Z toho se pouze 2 respondentky zároveň obávaly finanční náročnosti péče. Ostatní respondentky, které se bály finanční náročnosti, měly dosažené vzdělání nižší než vysokoškolské, ale na druhou stranu tyto respondentky pocitovaly povětšinou jasné dostatečné vzájemné sžití s jejich dítětem (dětmi), tudíž jejich vztah nebyl narušen finanční situací v rodině.

Cíl 3: Zjistit, zda u matek s dostatečnou pomocí jejího blízkého okolí je kojení/výživa jejího předčasně narozeného dítěte celkově snazší.

Výzkumný problém: Jaký je vztah mezi matkou předčasně narozeného dítěte a jejím partnerem?

Výzkumný problém: Je vztahem mezi oběma partnery narušena schopnost ženy kojit/odstříkávat mateřské mléko?

Otázky, které se vztahují k výzkumným problémům: č. 18, 19, 20, 33.

Z odpovědí respondentek na uvedené otázky jsem se dozvěděla, že naprostá většina žen má partnera, který se podílí na péči o jejich předčasně narozené dítě/děti (76; 69,7 %), dalších 21 respondentek uvedlo, že jejich partner se také spíše na péči podílí (19,3 %). 2 respondentky zvolily odpověď, že žijí v domácnosti bez partnera (1,8 %), tudíž ty dále neodpovídaly na otázku ohledně jejich vztahu s partnerem. Nicméně všechny respondentky, vyjma dvou žen, odpověděly jednoznačně, a to tak, že vztah partnera k jejich narozenému novorozenci je pozitivní (98,1 %), 1 žena uvedla, že její partner není smířen s předčasným porodem jejich dítěte (0,9 %) a poslední respondentka uvedla vztah spíše negativní (0,9 %).

Když porovnáím odpovědi na otázku ohledně vztahu respondentek a jejich partnerů, výsledky dopadly podobně. 99 respondentek uvedlo vztah jako pozitivní a harmonický (92,5 %), tudíž zde by schopnost ženy odstříkávat mateřské mléko a kojit neměla být negativně ovlivněna vztahem mezi oběma partnery. U několika respondentek se vztah s partnerem zhoršil oproti vztahu před porodem (4; 3,7 %). Další 2 ženy uvedly vztah jako ne moc dobrý (1,9 %), poslední 2 ženy uvedly vztah jako komplikovaný a složitý (1,9 %). U negativních odpovědí mě zajímala schopnost a snaha ženy o odstříkávání mateřského mléka. Pouze 2 ženy z celkového počtu se nepokusily o odstříkávání mateřského mléka či mleziva (1,8 %),

a to i přesto, že obě dvě respondentky uvedly jejich vztah s partnerem jako skvělý, zároveň i vztah partnerů k narozenému novorozenci byl dle respondentek výborný.

Cíl 4: Zjistit, zda dané předčasně narozené děti žen jsou převážně kojeny, nebo se praktikuje jiný způsob výživy.

Výzkumný problém: Závísí schopnost kojit předčasně narozené děti na tom, v jakém gestačním týdnu se narodily?

Otázky vztahující se k danému dílčímu cíli: č. 5, 23, 38.

Na počátek analýzy uvedu fakt, a sice ten, že 48 respondentek zapojených do mého výzkumu mělo po porodu potíže s nastoupením a rozběhnutím laktace (44,0 %), zbylých 61 respondentek problémy v této oblasti neudávaly (56,0 %).

Respondentky v mém výzkumu porodily předčasně nejčastěji ve 33. týdnu těhotenství a později (60; 55,0 %). 29 nedonošených novorozenců narozených ve 33. týdnu těhotenství a později bylo v dobu vyplňování dotazníku plně kojeno a 4 novorozenci byli krmeni odstříkaným mateřským mlékem. To znamená, že 27 novorozenců, kteří se narodili ve 33. týdnu těhotenství a později, byli krmeni umělou mléčnou formulí. Ve výsledku byla více než polovina takto nedonošených novorozenců nějakým způsobem krmena mateřským mlékem. Když se zaměřím na nejčasněji narozené novorozence, tedy do 24. týdne těhotenství (8; 7,3 %), a na jejich současný způsob výživy, výsledky dopadly následovně: 2 novorozenci narození do 24. týdne těhotenství byli v dobu vyplňování dotazníku plně kojeni, 1 novorozenec byl krmen odstříkaným mateřským mlékem a 5 novorozenců bylo krmeno umělou mléčnou formulí. Vzhledem k extrémní nezralosti a malé skupině takto časně narozených novorozenců dopadl výzkum příznivě. Když se zaměříme na děti narozené v 25.-28. týdnu gravidity (9; 8,3 %), zjistíme, že 3 novorozenci z dané skupiny jsou plně kojeni, 1 je krmen odstříkaným mateřským mlékem a celkem 5 novorozenců je krmeno umělou mléčnou formulí. Zde vychází strava mateřským mlékem a umělou mléčnou formulí skoro 50/50, což je pro takto předčasně narozené děti velkým úspěchem. Poslední skupina je tvořena novorozenci, kteří se narodili v 29.-32. týdnu těhotenství (32; 29,4 %). Zde jsem došla k závěru, že 15 novorozenců je krmeno umělou mléčnou formulí, zbytek je buď plně kojen anebo kojen spolu s umělým dokrmem či krmen odstříkaným mateřským mlékem, což znamená opět skóre víceméně 50/50.

Je téměř jasné, že respondentky, které se zúčastnily mého výzkumu se minimálně pečlivě pokoušely o možnost kojit, a řadě z nich se snaha vyplatila a spoustu nedonošených novorozenců je plně kojeno nebo alespoň nějakým způsobem krmeno mateřským mlékem.

Cíl 5: Zjistit, zda zdravotnický personál dostatečně informuje ženy po porodu předčasně narozeného dítěte o možnostech kojení.

Výzkumný problém: Je zdravotnický personál během hospitalizace ženě nápomocen?

Výzkumný problém: Byly ženě po porodu vysvětleny a ukázány možnosti krmení jejího předčasně narozeného dítěte?

Otázky vztahující se k dílčímu cíli 5 a výzkumným problémům: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40.

Abych zjistila, zda byl zdravotnický personál v nemocnici po porodu respondentkám nápomocen, dotazovala jsem se na v dotazníku na několik otázek. Zajímalo mě, zda byla respondentkám na oddělení vysvětlena fyziologie laktace, jelikož právě kojení a výživa byly hlavním tématem bakalářské práce. 58 respondentek uvedlo, že jim byla zdravotnickým personál vysvětlena fyziologie laktace (53,2 %), což mohlo mít blahodárny vliv na psychický stav ženy, protože často se laktace rozbíhá až s odstupem několika dní po porodu, navíc po porodu nedonošeného novorozence, kdy se často matka setká i se separací, mohou být potíže větší, což bylo statisticky zanalyzováno výše.

Zjistila jsem, že více než polovině žen byly vysvětleny výhody a benefity kojení nedonošeného novorozence (73; 67,0 %). Nejvíce se na sdělení výhod a benefitů kojení podílela porodní asistentka a dětská sestra (35; 47,9 %), dále laktační poradkyně (31; 42,5 %), některým respondentkám aspekty o kojení vysvětlil lékař na oddělení neonatologie (5; 6,8 %), poslední 2 respondenty si informace zjistily samy díky informačním letákům na oddělení (2,7 %).

Nemilým zjištěním byl fakt, že většině respondentek nebyly personálem nabídnuty vhodné polohy ke kojení jejich dítěte (64; 58,7 %). Když už polohy ke kojení byly nabídnuty, jednalo se nejčastěji o polohu vzpřímenou vertikální, polohu fotbalovou a polohu Madony (11; 24,4 %). Nejméně nabízenou polohou ke kojení byla poloha vleže (1; 2,2 %). 4 respon-

dentky uvedly, že polohy jim byly nabídnuty a ukázány, ale nepamatovaly si již názvy ukázaných poloh (8,9 %). Většina žen si mohla polohy ke kojení vyzkoušet, tudíž se nejednalo pouze o teoretickou edukaci, ale s pomocí a názornou ukázkou (61; 56,0 %).

Tázala jsem se, zda byly respondentky informovány o známkách správného přísátí novorozence k prsu. Personál informoval o známkách správného přísátí z mého výzkumu 64 respondentek (58,7 %). Co se týče odstříkávání mateřského mléka, o jeho způsobech byla informována většina žen (88; 80,7 %), opět nejvíce edukovala porodní asistentka nebo dětská sestra (49; 55,7 %), dále laktační poradkyně (33; 37,5 %), také lékař (5; 5,7 %), figuroval opět i informační leták na oddělení (1; 1,1 %).

Zajímalo mě, zda měly ženy možnost odstříkávat mateřské mléko alespoň v blízkosti jejich dítěte (dětí). Tuto možnost mělo celkem 70 respondentek (64,2 %), což je skvělé. Zbylé ženy se o odstříkávání MM alespoň pokusily, ačkoliv ne za přítomnosti svého dítěte/dětí (39; 35,8 %). Nejvíce vysvětlovaným způsobem krmení odstříkaným mateřským mlékem bylo stříkačkou po prstu matky (32; 40,0 %), nejméně vysvětlovaný způsob bylo krmení za pomoci kalíšku (1; 1,3 %), což je velmi alternativní způsob. Celkem 82 respondentek si v době vyplňování dotazníku myslelo, že získaly dostatečné informace ohledně zacházení a skladování odstříkaného mateřského mléka (75,2 %).

Odpovědi ohledně názoru respondentek na to, zda byly dostatečně informovány a podporovány v kojení se lišily. Po sečtení všech výsledků bylo zjištěno spíše kladné. Jednoznačně dostatečně informované a podporované v kojení se cítilo 37 respondentek (33,9 %). Dalších 35 respondentek cítilo podporu a dostatečnou informovanost také, i když o něco méně, nicméně stále se jednalo o pozitivní výsledek (32,1 %). Zbylé ženy nepocítovaly dostatečnou podporu, ani si nepřipadaly dostatečně informované (37; 34,0 %).

Nebyla mi lhostejná ani porodní situace respondentek v domácím prostředí, která dovede být velmi tvrdá a plná neuh, a to v oblasti kojení, ale i v jiných. Tázala jsem se, zda dostaly respondentky z oddělení informace, kam by se mohly eventuálně obrátit a požádat o pomoc, pokud by se vyskytly problémy s kojením a výživou jejich dítěte (dětí), ať už by se jednalo o doporučení laktační poradkyně, komunitní porodní asistentky, nabídka bezplatného laktačního poradenství v nemocnici a jiné. Výsledky nedopadly nejlépe. 58 respondentek sice tyto nápomocné informace získaly (53,2 %), ale zbylých 51 respondentek tyto informace nedostalo (46,8 %), což je stále velkým číslem v mém výzkumu.

Finálně můžeme říct, že většina odpovědí byla rozhodně kladná, ale občas se vyskytly v převaze odpovědi negativní či výsledky byly téměř vyrovnané. Zjistila jsem, že porodní asistentky a dětské sestry jsou největší edukátorky a dovedou se významně podílet na postoji žen ke kojení, dovedou nejlépe podpořit a jejich práce na neonatologickém oddělení je nenahraditelná a nepostradatelná.

DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou kojení a výživy nedonošených novorozenců. Hlavním cílem bylo zjistit, v jaké míře jsou matky, které předčasně porodily své dítě, informované o možnostech kojení a výživy nedonošeného novorozence, následně poznatky mezi sebou porovnat a zjistit, jak nápomocen ženám je personál po jejich předčasném porodu. Pro tyto účely byl zvolen kvantitativní výzkum a vytvořen dotazník.

Vytvořený dotazník byl mířen pro specifickou skupinu respondentek, jimiž byly ženy – matky, které předčasně porodily své dítě, s různým stupněm vzdělání, různou socioekonomickou situací a v různém věku. Jednalo se o ženy, které jsou čerstvě po porodu až do půl roku po porodu. Zajímala mě co možná nejaktuálnější data.

Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 109 respondentek. Respondentky byly velmi sdílné a umožnily mi příjemné zpracovávání odpovědí z dotazníku. Nejvíce respondentek tvořily ženy ve věku od 31 do 35 let s vysokoškolským vzděláním, zároveň nejčastěji mi dotazník vyplňovaly prvorodičky, které porodily předčasně jedno dítě, které bylo nejčastěji mužského pohlaví. Nejvíce zapojených respondentek do mého výzkumu porodilo císařským řezem a jednalo se o porod ve 33. týdnu těhotenství a později, nicméně jsem získala odpovědi i od žen, které rodily ve 24. týdnu těhotenství či dříve. Porodní hmotnost nedonošených novorozenců nejvíce byla od 2000 g a více, výjimkou však nebyla ani hmotnost do 700 g, se kterou se narodily děti 10 respondentek zapojených do mého výzkumu.

Bakalářská práce sestávala z jednoho hlavního cíle, který je zmíněn výše. Pro zjištění hlavního cíle a dopracování se k němu, bylo stanovenu dalších pět dílčích cílů, ke kterým byly přiřazeny výzkumné problémy, dle kterých byl sestaven dotazník. První dílčí cíl bakalářské práce byl zjistit, zda má vzdělání matek vliv na jejich znalosti ohledně kojení a výživy nedonošených dětí. Tápala jsem po zjištěních, jestli respondentky znaly základní aspekty, informace o kojení a výživě již před porodem a zjišťovala dosažené vzdělání respondentek, což bylo také jednou z několika identifikačních otázek k charakteristice výzkumného vzorku. Druhým dílčím cílem práce bylo zjistit, zda u matek žijících v slabším socioekonomickém zázemí byl větší problém s navázáním vztahu mezi ní a jejím předčasně narozeným dítětem. Za tímto účelem jsem zjišťovala skrze otázky fakt, u kterých respondentek byl problém s navázáním vztahu s jejich dítětem (dětmi) a okolnosti ohledně psychického stavu respondentek a souvislost s potížemi při navozování vztahu s narozeným dítětem (dětmi). Třetí dílčí cíl byl zjistit, zda u matek s dostatečnou pomocí od jejího blízkého okolí, kterým byl

myšlen zejména partner, ale i blízká rodina, je kojení/výživa jejího předčasně narozeného dítěte celkově snazší. Pomocí otázek v dotazníku jsem zjišťovala okolnosti ohledně vztahu respondentek s jejich partnerem, a následně jsem dle odpovědí dedukovala fakt, zda je díky neharmonickým vztahům narušena schopnost ženy kojit/odstříkávat mateřské mléko. Čtvrtý dílčí cíl pojednával o tom, zda předčasně narozené děti respondentek jsou převážně kojeny nebo dominuje jiný způsob výživy. Otázkami v dotazníku jsem zjišťovala, v jakém týdnu gravidity se nedonošení novorozenci narodili, jakým způsobem byli toho času krmeni, a zda je zjevná souvislost s kojením podle toho, v jakém týdnu těhotenství se děti narodily. Poslední dílčí cíl, tedy pátý, se týkal toho, zda zdravotnický personál dostatečně informoval ženy po předčasném porodu o možnostech kojení. Zajímalo mě, jestli byl zdravotnický personál, zejména porodní asistentky, ženě nápomocen po dobu hospitalizace, a zda byly respondentkám vysvětleny a ukázány možnosti krmení jejich předčasně narozeného novorozence.

Prvních sedm otázek v dotazníku sloužilo k základní identifikaci výzkumného vzorku respondentek. Zjištění z identifikačních otázek je zmíněno ve druhém odstavci této kapitoly. Díky těmto otázkám jsem mohla respondentky blíže poznat. Poznala jsem rozmanitost vzorku respondentek a mohla porovnat souvislosti v jejich odpovědích, jednak dle věku, ale například i dle dosaženého vzdělání.

Když se ohlédnu na zjištění vyplývající z mé bakalářské práce, můžu jistě sdělit, že nejvíce používaným zdrojem u respondentek pro hledání informací o kojení a výživě dětí byl internet. Co se týče vědomostí respondentek před porodem, dle odpovědí jsem zjistila, že více žen neznalo vůbec základní aspekty o kojení a výživě. Myslela jsem si, že výsledek dopadne spíše v opačných číslech u jednotlivých odpovědí týkající se znalostí v průběhu těhotenství. Ačkoliv většina žen byla vysokoškolsky vzdělaných, je zde vidět, že to není rozhodně samozřejmostí pro to, aby respondentky znaly stoprocentně znalosti o kojení a výživě, nebo si je aktivně vyhledávaly.

Můžu s klidem říct, že v průběhu těhotenství byly respondentky účastnicí se mého výzkumu většinou spokojené a pociťovaly radost, takovou úspěšnost u této otázky jsem očekávala. Očekávala jsem, že pokud nastaly změny v psychickém rozpoložení žen, že by k nim došlo spíše po proběhlém předčasném porodu. U několika žen po porodu došlo k zhoršení nálady, což může mít dopad na snadné navázání vztahu matky a dítěte, s tím se mohou dále rozvíjet potíže s kojením a rozvojem laktace.

Došla jsem k závěru, že finanční nejistota a obavy žen nehrály až tak významnou roli, a jednalo se pouze o strach, který však neměl podíl na narušení vztahu mezi respondentkami a jejich dítětem, vyjma dvou žen, které nepocit'ovaly dostatečné vzájemné sžití s jejich narozeným novorozencem. Z mého pohledu je moc důležité nezústat po proběhlém předčasném porodu o samotě. Je stěžejní nebát se promluvit nahlas o svých pocitech. Uvolnit se. Také proto hrají významnou roli porodní asistentky pracující na oddělení neonatologie, jejich empatie může ženy nesmírně povzbudit, dokonce se může stát, že to budou právě porodní asistentky, které ženě budou stírat slzy tekoucí po tváři.

Byla jsem moc ráda, když jsem zjistila, že naprostá většina respondentek popisovala vztah s jejich partnerem jako výborný. Zároveň vztah partnera s jejich narozeným dítětem byl pozitivní. Byla jsem spokojená s výsledky. Doporučila bych všem ženám, které se necítí ve své domácnosti v pořádku, žijí v chaosu nebo mají nefunkční rodinný vztah, aby se nebály opět říct komukoliv o pomoc. Aby nepřebývaly ve stresu. Chtěla bych apelovat na všechny tyto ženy, aby důvěřovaly samy sobě, a pokud se necítí duševně v pořádku, aby se nebály problémy řešit.

Hodnotím pozitivně snahu respondentek pokusit se o odstříkávání mateřského mléka. Ve výzkumu bylo několik respondentek po porodu extrémně nezralého novorozence, a i přes tuto skutečnost se pokusily veškeré respondenty vyjma dvou o odstříkávání mateřského mléka.

Doporučila bych ženám po porodu při hospitalizaci, které se potýkají s problémy v oblasti kojení, aby oslovily porodní asistentku nebo dětskou sestru a dožadovaly se pomoci a edukace. Chtěla bych, aby byl kladen větší důraz na péči o ženy po propuštění z nemocnice do domácího prostředí. Dle výsledků mého výzkumu stále téměř polovina respondentek nedostala žádnou radu, kam by se mohla s případnými problémy doma obrátit s žádostí o pomoc. Období šestinedělí někdy je pro ženy horší než samotný porod. Ženy po proběhlém předčasném porodu bývají mnohdy z nemocnice propuštěny o mnoho dříve než jejich narozený nedonošený novorozenec. Ne veškeré ženy mají možnost přebývat přímo v nemocnici se svým dítětem, a dopadá to tak, že dochází pouze na návštěvy. To může mít následky stran kojení, ale samozřejmě to může mít dopad na navázání vztahu mezi matkou a jejím dítětem. Také proto je důležitou náplní práce porodních asistentek co nejvíce se snažit zapojovat ro-

diče do péče o jejich dítě, také podporovat kontakt kůže na kůži s nedonošeným novorozencem, tzv. klokánkování, co nejdříve je to možné, když je zdravotní stav novorozence kompenzován.

LIMITY VÝZKUMU

Limity výzkumu tkví v podmínce, kdy jsem sháněla respondentky, které byly maximálně půl roku po předčasném porodu. Ne k veškerým těmto ženám se dotazník dostal právě přes sociální sítě, kde byl zveřejněn. Dostalo se mi zpráv, kdy by byly ženy ochotné dotazník vyplnit, nicméně byly po porodu delší dobu, a to by nebylo v souladu s podmínkou mého vytvořeného dotazníku. Nejprve jsem se obávala, abych dosáhla dostatečného počtu respondentek, ale naštěstí jsem svou hledanou skupinu respondentek oslovila a našla. Respondentky byly spolehlivé a dotazníky byly vyplněny výborně. Příště bych pravděpodobně vytvořila pilotní dotazník, který bych poté dle reakcí vzorku respondentů upravila do finální podoby.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Navrhnutá doporučení pro praxi vychází ze získaných výsledků výzkumného šetření provedeného prostřednictvím dotazníku na téma „Problematika kojení a výživy nedonošeného novorozence“.

Doporučuji zdravotnickým pracovníkům se nadále vzdělávat a sledovat trendy v péčování o ženu po porodu, zejména věnování speciální péče o ženu po předčasném porodu. Doporučila bych zdravotníkům také kvalitní psychohygienu, aby dovedli v práci podávat stoprocentní výkon a ženu po porodu byli schopni uklidnit a podpořit s naprosto čistou a klidnou hlavou.

Doporučila bych těhotným ženám zjišťovat si informace, nejen o kojení, dostatečně s předstihem v období těhotenství. Doporučuji zajištění péče komunitní porodní asistentky, eventuálně být alespoň v kontaktu s laktační poradkyní. Nebát se požádat odborníky o pomoc. Myslím si, že odborníci ve svém oboru vždy rádi pomohou a poskytnou radu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou kojení a výživy nedonošených novorozenců.

Teoretická část je zaměřena nejprve na základní charakteristiku novorozence, kdy jsem se blíže věnovala popisu nedonošeného novorozence. Dotkla jsem se tématu předčasně narozených dětí dle věku rodiček v období od roku 2011 do roku 2020. Blíže jsem se věnovala tématu kojení, kdy jsem nejprve popsala fyziologii laktace a anatomii prsu. Popsala jsem dopodrobna složení mateřského mléka, zásady správné techniky kojení a rovněž jsem se věnovala polohám, které jsou vhodné pro kojení nedonošených novorozenců. Rozsáhlou kapitolou jsou alternativní metody krmení novorozence. Poté jsem se věnovala obecně výživě předčasně narozených dětí, jednak enterální, ale také parenterální, která bývá na jednotkách neonatologické intenzivní a resuscitační péče častá. Neopomenula jsem věnovat podkapitolu výživě dětí po propuštění z nemocničního prostředí do domácího. Zmínila jsem také roli porodní asistentky v péči o nedonošeného novorozence, která je zjevná i z výsledků mého výzkumného šetření.

V praktické části jsem se zabývala kvantitativním výzkumem, který měl odpovědět na výzkumné otázky týkající se problematiky kojení a výživy nedonošených novorozenců a informovanosti matek o aspektech kojení a výživy jejich dětí. Ke splnění hlavního cíle práce mi pomohlo celkem 109 respondentek, které byly ochotné a vyplnily zveřejněný dotazník. Stanovené cíle byly splněny. V diskuzi byly shrnuty veškeré výsledky proběhlého výzkumného šetření. Zjistila jsem, že více než polovina zúčastněných respondentek neznala před porodem základní aspekty ohledně kojení a výživy jejich dětí, což můžeme brát jako deficit. Uspokojivým faktem bylo, že respondentky, které se zúčastnily mého výzkumu byly v naprosté většině spokojené v průběhu těhotenství. Zjistila jsem, že je důležité věnovat pozornost psychickému stavu žen, a to zejména po porodu, aby nedošlo k narušení plynulého návazání vztahu mezi matkou a dítětem. Zjistila jsem, že většina respondentek měla zájem o kojení a pokoušela se o odstříkávání mateřského mléka. Při značné podpoře zdravotnického personálu je možné zvýšit úspěšnost kojených dětí, případně alespoň částečně krmených odstříkaným mateřským mlékem. Pohled žen na informovanost a podporu stran zdravotnického personálu dopadl ne stoprocentně kladně, neboť byly shledány nedostatky, se kterými se ženy po porodu setkaly, například nenabídnutí vhodných poloh ke kojení nedonošených

novorozenců. Věřím, že v dnešní době přichází rodičí ženy do nemocnice stále více informované, tudíž jsou na případné nastalé situace připravenější než absolutně neinformované ženy.

SEZNAM LITERATURY

DAHL, Linda. *Clinician's Guide to Breastfeeding*. Evidenced-based Evaluation and Management. New York City: Springer International Publishing Switzerland, 2015, 168 s. ISBN 978-3-319-18193-6.

DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva, JEHLIČKA, Petr. *Neonatologie*. 2., upravené vydání. Praha: Karolinum, 2013, 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.

DORT, Jiří a kol. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Vydavatelství Univerzity, 2011, 238 s. ISBN 978-80-7043-944-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol., *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vydání, přepracované. Brno: NCO NZO, 2012, 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.

KACHLOVÁ, Miroslava, KUČOVÁ, Jana, PETRÁŠOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada, 2022, 183 s. ISBN 978-80-271-3176-1.

MARKOVÁ, Daniela, CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdalena a kol. *Předčasně narozené dítě*. Praha: Grada, 2021, 736 s. ISBN 978-80-271-1745-1.

MAZÚCHOVÁ, Lucia, MASKÁLOVÁ, Erika, DIVOKOVÁ, Dominika. *Úspěšné kojení*. Praha: Grada, 2022, 104 s. ISBN 978-80-271-3390-1.

PLEVOVÁ, Ilona, KACHLOVÁ, Miroslava. *Postupy v ošetrovatelské péči 3*. Praha: Grada, 2023, 128 s. ISBN 978-80-271-3033-7.

PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020, 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

Internetové zdroje:

BAJEROVÁ, Kateřina, WECHSLER, Dan. *Výživa rizikového novorozence a možnosti PLDD*. [online]. *Pediatric pro praxi*, 2013 [cit. 2024-03-06]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/04.pdf>

BEPANTHEN. *Správné držení prsu a polohy při kojení*. [online]. Bepanthen, 2020 [cit. 2023-11-15]. Dostupné z: <https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>

BEREŠOVÁ, L. *Kojení – poloha a technika*. [online]. Nutriklub, 2021 [cit. 2023-11-18]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/kojeni-poloha-a-technika>

BHANDARI, Pritha. *What Is Quantitative Research? Definition, Uses & Methods*. [online]. Methodology, 2020 [cit. 2024-03-09]. Dostupné z: <https://www.scribbr.com/methodology/quantitative-research/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Podíl předčasně narozených dětí klesá*. [online]. ČZSO, 2021 [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/podil-predcasne-narozenych-deti-klesa>

HOMER, Caroline S. E., JAVID, Nasrin, WILTON, Kellie, BRADFIELD, Zoe. *Vaccination in pregnancy: The role of the midwife*. [online]. National Library of Medicine, 2022 [cit. 2024-03-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9637860/>

CHLÁDKOVÁ, Veronika. *Dokrm cévkou po prsu*. [online]. Vše o kojení, 2021 [cit. 2024-01-03]. Dostupné z: <https://www.vseokojeni.cz/1/clanek-s-obrazky/>

KANESHIRO, Neil K. a kol. *Premature infant*. [online]. MedlinePlus, 2022 [cit. 2023-10-10]. Dostupné z: https://medlineplus.gov/ency/article/001562.htm?fbclid=IwAR0u6EMXI1XUI-gRDsq_pGD5j1KN3GYFHuhw8Zkd0IHQJmUy2cguXfc2LVss

MARGEKAR, Purnima, PAREKH, P. *Evaluating the role of kangaroo mother care on the lactation among the newborn low birth weight babies*. [online]. Semantic Scholar, 2021 [cit. 2024-03-18]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Evaluating-the-role-of-kangaroo-mother-care-on-the-Margekar-Parekh/3d5a8a76b10343be0c2f2d3d5c9bdadb8184464c>

MEIER, Paula P. *Breastfeeding your premature baby with a nipple shield*. [online]. Children's minesota, 2019 [cit. 2023-12-21]. Dostupné z: <https://www.childrensmn.org/myjourney/breastfeeding/educationmaterials/article/17130/breastfeeding-your-premature-baby-with-a-nipple-shield/>

MOISEEVA, K. *The results of the subjective professional activities assessment of neonatologists in a metropolis*. [online]. Semantic Scholar, 2020 [cit. 2024-03-18]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-results-of-the-subjective-professional-of-in-a-Moiseeva/f984a47e650022a5939911d5277327760c8f827e>

NUTRIKLUB. *Jak často mám kojit?* [online]. Nutriklub, 2021 [cit. 2023-11-15]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/jak-casto-mam-kojit>

SAMSUDIN, Sharmiza, CHUI, Ping Lei, KAMAR, Azanna Binti Ahmad, ABDULLAH, Khatijah Lim. *Maternal Kangaroo care education program in the neonatal intensive care unit improved mothers' perceptions, knowledge, perceived barriers and stress relates to premature infant.* [online]. National Library of Medicine, 2023 [cit. 2024-03-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9748066/>

SCHWARTZ, Charles I. a kol. *Total parental nutrition – infants.* [online]. MedlinePlus, 2023 [cit. 2024-03-03]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/007239.htm>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Dotazník
- Příloha č. 2 – Podíly předčasně narozených dětí podle věku rodičky 2011-2020
- Příloha č. 3 – Znamky zralosti u nedonošeného, donošeného a přenášeného novorozence
- Příloha č. 4 – Správné uchopení prsu
- Příloha č. 5 – Nesprávné uchopení prsu
- Příloha č. 6 – Správná vzájemná poloha matky a dítěte
- Příloha č. 7 – Nesprávná vzájemná poloha matky a dítěte
- Příloha č. 8 – Vzpřímená vertikální poloha při kojení
- Příloha č. 9 – Poloha vsedě, také kolébka či poloha Madony
- Příloha č. 10 – Fotbalové boční držení
- Příloha č. 11 – Poloha tanečnicka
- Příloha č. 12 – Poloha obouruč
- Příloha č. 13 – Kojení dvojčat

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Problematika kojení a výživy nedonošeného novorozence

Vážené respondentky,

mé jméno je Blanka Hofmanová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Západočeské univerzitě v Plzni. Píšu bakalářskou práci na téma „Problematika kojení a výživy nedonošeného novorozence“.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zaměřený na získávání informací ohledně kojení a výživy nedonošeného novorozence od žen, které porodily předčasně své dítě a jsou maximálně 6 měsíců po porodu.

Cílem výzkumu je získat cenné informace od Vás a zjistit, zda je informovanost matek o možnostech kojení a výživy dítěte po porodu na oddělení zejména neonatologické JIP a JIRP dostačující.

Při získávání a zpracování dat bude zachována anonymita. Předem děkuji za Vaši spolupráci. V případě Vašeho zájmu o výsledky tohoto šetření mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese uvedené níže.

Blanka Hofmanová, studentka oboru Porodní asistence, kontaktní e-mail: bhofman@students.zcu.cz

Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

1. Kolik Vám je let?

- 20 a méně
- 21-30 let
- 31-35 let
- 36 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- Základní
- Střední odborné učiliště
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Předčasně jste porodila:

- Jedno dítě
- Dvojčata
- Trojčata a více

4. Jakého pohlaví je (jsou) Vaše předčasně narozené dítě (děti)?

- Mužské
- Ženské
- Jiné (např. u dvojčat, kombinace pohlaví)

5. V kolikátém týdnu těhotenství jste porodila své dítě (děti)?

- 24. týden těhotenství a méně
- 25. týden těhotenství až 28. týden těhotenství
- 29. týden těhotenství až 32. týden těhotenství
- 33. týden těhotenství a více

6. Jakou porodní hmotnost mělo (měly) Vaše předčasně narozené dítě (děti)?

- Zadejte svoji odpověď.

7. Jakým způsobem byl u Vás porod veden?

- Vaginálně
- Císařským řezem
- Vaginálně vakuumextraktorem (VEX)
- Vaginálně porodnickými kleštěmi

8. V době porodu jste byla:

- Prvorodička
- Druhorodička
- Třetírodička a více

9. Získala jste již v těhotenství informace o kojení?

- Ano
- Ne

10. Pokud jste v předchozí otázce zvolila odpověď "Ano", od koho jste informace získala?

- Zadejte svoji odpověď.

11. V průběhu těhotenství jste pocítovala pocity radosti?

- Velice často
- Výjimečně
- Vůbec

12. Byla jste v průběhu těhotenství hospitalizována v nemocnici?

- Ano
- Ne

13. Pokud jste v předchozí otázce zvolila odpověď "Ano", na kterém oddělení a na jak dlouho jste byla hospitalizována?

- Zadejte svoji odpověď.

14. Jak dlouho po porodu jste byla hospitalizována v nemocnici, ev. kolikátý den po porodu jste k dnešnímu dni v nemocnici?

- Zadejte svoji odpověď.

15. Cítíte dostatečné vzájemné sžití s Vaším předčasně narozeným dítětem (dětmi)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

16. Po porodu pocítujete pocity radosti a spokojenosti:

- Velice často
- Spíše výjimečně
- Vůbec

17. Cítíte podporu od Vašeho blízkého okolí (partner, rodina)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

18. Podílí se Váš partner na péči o Vaše předčasně narozené dítě (děti)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Žiji v domácnosti bez partnera

19. Pokud žijete v domácnosti s partnerem, jaký má Váš partner vztah k Vašemu narozenému dítěti (dětem)?

- Zadejte svoji odpověď.

20. Jaký je Váš vztah s Vaším partnerem?

- Zadejte svoji odpověď.

21. Máte kolem sebe blízké, kterým si můžete kdykoliv říct o pomoc?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**22. Bála jste se finanční náročnosti péče o Vaše předčasně narozené dítě (děti)?
(speciální mléčná strava a jiné)**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Byl u Vás po porodu problém s nastoupením a rozběhnutím laktace?

- Ano
- Ne

24. Byla Vám na oddělení v nemocnici vysvětlena fyziologie laktace?

- Ano
- Ne

25. Byly Vám vysvětleny výhody a benefity kojení nedonošeného novorozence?

- Ano
- Ne

26. Pokud jste v předchozí otázce zvolila odpověď "Ano", kdo Vám podal informace? (např. lékař, porodní asistentka, ...)

- Zadejte svoji odpověď.

27. Byly Vám nabídnuty vhodné polohy ke kojení nedonošeného novorozence?

- Ano
- Ne

28. Pokud jste v předchozí otázce zvolila odpověď "Ano", jaké polohy Vám byly nabídnuty? (např. vzpřímená vertikální poloha, fotbalová, poloha Madony, ...)

- Zadejte svoji odpověď.

29. Dostala jste možnost si polohy ke kojení s Vaším dítětem (dětmi) vyzkoušet?

- Ano
- Ne

30. Byla jste obeznámena se známkami správného přisátí dítěte k prsu? (např. pohyb spánků a uší dítěte při sání, většina prsního dvorce v ústech novorozence, ...)

- Ano
- Ne

31. Byla jste informována o způsobech odšťikávání mateřského mléka/mleziva?

- Ano
- Ne

32. Pokud jste v předchozí otázce zvolila odpověď "Ano", kdo Vám podal informace? (např. lékař, porodní asistentka, ...)

- Zadejte svoji odpověď.

33. Pokusila jste se o odšťikávání mateřského mléka/mleziva?

- Ano
- Ne

34. Mohla jste při odšťikávání mateřského mléka být v přítomnosti Vašeho Vašeho dítěte (dětí)?

- Ano
- Ne

35. Bylo Vám vysvětleno, jakým způsobem krmit Vaše dítě (dětí) odšťikávaným mateřským mlékem?

- Ano
- Ne

36. Pokud jste v předchozí otázce zvolila odpověď "Ano", jaký způsob Vám byl vysvětlen? (např. po prstu, s cévkou po prsu, ...)

- Zadejte svoji odpověď.

37. Získala jste dostatečné informace ohledně skladování a manipulace s odstříkaným mateřským mlékem?

- Ano
- Ne

38. Jakým způsobem je momentálně krmeno Vaše dítě (děti)?

- Plně kojeno
- Kojeno + dokrm umělou mléčnou formulí
- Umělá mléčná formule
- Krmeno odstříkaným mateřským mlékem

39. Myslíte, že zdravotnický personál Vás dostatečně informoval a podpořil v kojení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

40. Získala jste informace, kam se s případnými problémy v domácím prostředí obrátit?

- Ano
- Ne

Příloha č. 2 – Podíly předčasně narozených dětí podle věku rodičky 2011-2020

Věk	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
-19	10,1 %	10,7 %	11,7 %	10,2 %	10,6 %	10,6 %	9,7 %	10,4 %	10,4 %	10,2 %
20-24	7,8 %	8,3 %	8,6 %	7,8 %	7,9 %	8,0 %	8,3 %	7,5 %	7,4 %	7,4 %
25-29	7,8 %	7,9 %	7,7 %	7,4 %	7,0 %	7,4 %	6,9 %	6,6 %	6,6 %	6,1 %
30-34	7,7 %	7,9 %	8,0 %	7,3 %	7,3 %	6,9 %	6,8 %	6,6 %	6,2 %	6,4 %
35-39	8,3 %	8,9 %	9,3 %	8,4 %	7,8 %	7,8 %	7,9 %	7,1 %	7,6 %	7,1 %
40+	11,7 %	10,9 %	10,5 %	10,8 %	9,5 %	10,0 %	8,0 %	8,5 %	8,6 %	8,5 %
Celkem	8,0 %	8,3 %	8,4 %	7,8 %	7,5 %	7,5 %	7,3 %	6,9 %	6,9 %	6,7 %

(<https://www.czso.cz/csu/czso/podil-predcasne-narozenyh-deti-klesa>)

Příloha č. 3 – Znamky zralosti u nedonošeného, donošeného a přenášeného novorozence

Znak	Nedonošený	Donošený	Přenášený
vernix (mázek)	není přítomen nebo v malém množství	pokrývá celé tělo	chybí/je redukován
lanugo	husté na těle i končetinách	diskrétní ložiska	není
kůže	Tenká, lesklá, edematózní, u ELBW gelatinózní, podkožní cévy patrné	růžová, elastická, neprůsvitná	suchá s ragádami a deskvamací
kosti lbi	měkké	pevné	tvrdé
nehty	nepřesahují konce prstů	přesahují konce prstů	jsou event. žlutozeleně zbarveny
boltec	měkký, ohebný	tuhý, pruží	tuhý, pruží
pupečník	úpon blíže symfýze	úpon ve středu břicha	úpon ve středu břicha
podkožní tuk	chybí/skrovný	přiměřený	přiměřený
svalový tonus	snížený	přiměřený	přiměřený
labia minora	prominují	překryta labia majora	překryta labia majora
testes	nesestouplá	sestouplá	sestouplá

(Procházka a kol., 2020, s. 673)

Příloha č. 4

Obrázek 1 Správné uchopení prsu



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 5

Obrázek 2 Nesprávné uchopení prsu



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 6

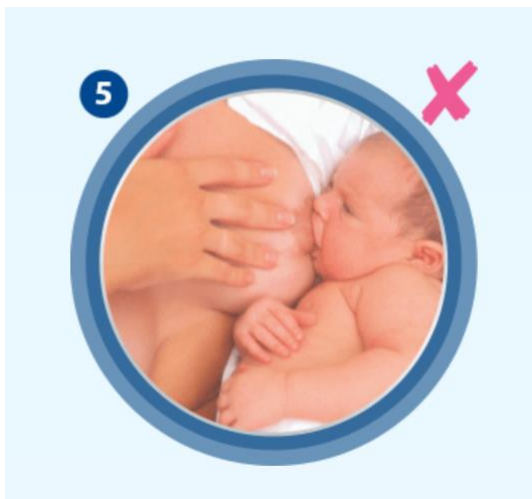
Obrázek 3 Správná vzájemná poloha matky a dítěte



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 7

Obrázek 4 Nesprávná vzájemná poloha matky a dítěte



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 8

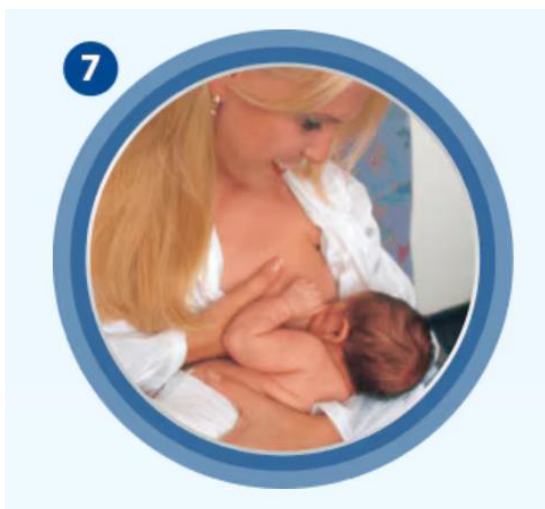
Obrázek 5 Vzpřímená vertikální poloha při kojení



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 9

Obrázek 6 Poloha vsedě, také kolébka či poloha Madony



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 10

Obrázek 7 Fotbalové boční držení



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 11

Obrázek 8 Poloha tanečníka



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)

Příloha č. 12

Obrázek 9 Poloha obouruč



(<https://www.nutriklub.cz/clanek/polohy-pri-kojeni>)

Příloha č. 13

Obrázek 10 Kojení dvojčat



(<https://www.bepanthen.cz/spravne-drzeni-prsu-a-polohy-pri-kojeni/>)