

## ZAHÁJENÍ KOJENÍ Z HLEDISKA PSYCHOSOCIÁLNÍCH FAKTORŮ PERINATÁLNÍ PÉČE<sup>1</sup>

*Lea Takács, Eliška Kodyšová, Kateřina Kejřová, Martina Bartošová*

### Abstrakt

Tato studie identifikuje hlavní psychosociální proměnné v rámci perinatální péče, které mohou představovat podpůrné či rizikové faktory pro úspěšné zahájení kojení. Na základě statistického vyhodnocení dat z dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo 199 respondentek, a obsahové analýzy polostrukturovaných rozhovorů s 18 rodičkami se ukázalo, že do kvality kojení se promítá především rodičkou vnímaná atmosféra porodnice a přístup zdravotníků v období po porodu (schopnost empatie, poskytování psychické podpory a kvalita komunikace) a rovněž aktivní nabízení pomoci s kojením. Podpora kojení poskytovaná rodičkám v rámci perinatální péče by se proto měla zaměřit nejen na dodržování deseti kroků k úspěšnému kojení, které je podmínkou pro udělení statutu *Baby Friendly Hospital*, nýbrž i na psychologické potřeby rodičky v době po porodu.

**Klíčová slova:** perinatální psychologie, komunikace ve zdravotnické péči, spokojenost pacienta, kojení

## PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF BREASTFEEDING INITIATION IN PERINATAL CARE

### Abstract

*This study identifies major psychosocial determinants of perinatal care that can foster or inhibit successful breastfeeding initiation. Using statistical data analysis of a questionnaire survey with 199 primiparae and content analysis of semi-structured interviews with 18 primiparae and multiparae, it was found that the quality of breastfeeding is determined mainly by the postnatal ward atmosphere as perceived by the woman, the hospital staff attitude (ability to empathize, psychological support, and communication quality) and active offering of help by the staff. The breastfeeding support provided to women in perinatal healthcare should therefore focus both on compliance with the 10 steps for successful breastfeeding (on the basis of which the hospitals are certified as Baby Friendly Hospitals) as well as on meeting the psychological needs of women in the postnatal period.*

**Key words:** *perinatal psychology, healthcare communication, healthcare satisfaction, breastfeeding*

*Došlo do redakce: 23.11.2010  
Schváleno k publikaci: 6.3.2011*

<sup>1</sup> Tento výstup vznikl v rámci projektu „Problém času v humanitních a sociálních vědách“ řešeného na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze z prostředků specifického vysokoškolského výzkumu na rok 2010 pod číslem 261107.

## Úvod

Pozitivní efekt kojení pro matku i dítě je prokázán nejen na somatické, nýbrž i na psychosociální rovině. Výzkumy ukazují, že kojené děti mají silnější imunitu (Goldman, 1993) a menší riziko závažných onemocnění v raném věku i pozdějším životě (Howie et al., 1990; Mårild et al., 2004; Ford et al., 1993; Sadauskaitė-Kuehne, 2004). Kojení působí rovněž příznivě na kognitivní vývoj dítěte (Rey, 2003). U matky redukuje riziko poporodního krvácení a některých vážných onemocnění, jako například premenopausální rakoviny prsu, rakoviny vaječníků a infekcí močového měchýře (Labbok, 2001).

Kojení má podstatný význam pro utváření a upevňování vztahu mezi matkou a dítětem, synchronizaci jejich interakce, a tím i pro zdravý psychický vývoj dítěte (Šulová, 2005). Kojící matky jsou díky působení hormonu prolaktinu klidnější (Dermer, 2001), mají méně intenzivní reakce na stres (Altemus et al., 1995) a častěji navazují taktilní i oční kontakt s dítětem (Kuzela, Stifter, Worobey, 1990; Lavelli, Poli, 1998). Tyto matky dále vykazují v prvních měsících po porodu nižší míru depresivních symptomů než matky, které zvolily umělou výživu (Akman et al., 2008).

Některé ženy se rozhodnou pro umělou výživu již v průběhu těhotenství; jiné se k ní však uchylují v důsledku neúspěšného zahájení kojení v prvních dnech po porodu. Je proto třeba věnovat pozornost rozmanitým aspektům perinatální péče, které mohou mít dopad na nástup laktace a zahájení kojení.

## Teoretická východiska

Rozhodnutí ženy kojit své dítě koreluje s demografickými charakteristikami jako je např. věk, vzdělání, příjem, sociální status (Forster, McLachlan, 2007) a manželský stav (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008; Blyth, 2002). Některé studie nicméně upozorňují na to, že existují významné psychosociální faktory procházející napříč socioekonomickými parametry: nepříjemné pocity spojené s kojením na veřejnosti, problém identifikace s mateřskou rolí, vnímání ženského těla jako sexuálního symbolu a postoje nejbližších členů rodiny - partnera i rodičů (Earle, 2002). Ukazuje se rovněž, že čím dříve se žena rozhodne, že bude své dítě kojit, tím pravděpodobnější je, že kojení opravdu zahájí (Donath et al., 2003). Pro úspěšnost kojení hraje významnou roli i self-efficacy (vnímaná osobní účinnost) ženy, sycená mj. i přesvědčením o své schopnosti sladit kojení s ostatními povinnostmi a zvládnout sociální tlak, který pociťuje v souvislosti s případným odmítáním kojení ze strany nejbližšího okolí (Wells et al., 2006; Bailey et al., 2008). Rizikovým vstupním faktorem pro zahájení kojení je pak i první těhotenství, vpáčené a ploché bradavky a nadváha u matky; u novorozence patří mezi rizikové faktory špatný zdravotní stav, nízká porodní váha a špatná technika sání (Dewey et al., 2003; Dewey, 2001).

Nezanedbatelný vliv na způsob výživy dítěte však mají i charakteristiky prostředí, v němž žena dítě porodí. Pozitivní přístup porodnice ke kojení a kvalita podpory kojení přispívají velkou měrou k zahájení kojení dokonce i u matek, které se pro kojení rozhodly již před příjezdem do porodnice (Kuan et al., 1999).

Podle řady výzkumů mají na zahájení kojení negativní vliv některé praktiky a rutinní postupy porodnice, například farmakologické tlumení bolesti při porodu (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008; Forster, McLachlan, 2007), separace matky a novorozence bezprostředně po porodu (Righard, 1990), opožděné první kojení, užívání umělé výživy v prvních dvou dnech po porodu a užívání dudlíků (Dewey et al., 2003; Dewey, 2001). Úspěšnost rodiček v zahájení kojení negativně koreluje s počtem císařských řezů (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008; Kruse et al., 2005; Rowe-Murray, Fisher, 2002)

a instrumentálních porodů (kleště, vakuum extrakce) v dané porodnici (Chien, Tai, 2007; Patel et al., 2003).

Do kvality kojení se mohou promítat i faktory vztahové. Roli mohou hrát interakce mezi rodičkou a zdravotníky nejen v době zahajování kojení, ale již v průběhu porodu: kontinuální psychická podpora poskytovaná rodičce během celého porodu může mít pozitivní vliv na včasný nástup laktace (Morhason-Bello, Adedokun, Ojengbode, 2009; Langer et al., 1998) a na mateřské chování podporující kojení (Klaus, Kennel, Klaus, 2003). Úzkost a stres prožívané při porodu a dlouhý porod, který může být jejich následkem, mohou naopak nástup laktace oddálit (Dewey et al., 2003; Grajeda, Perez-Escamilla, 2002; Chen et al., 1998; Lederman, 1978, in Kroeger, 2004). Dlouhý porod vede navíc k vyčerpání matky i novorozence, což může mít na zahájení kojení rovněž negativní dopad (Dewey et al., 2003). Prožívá-li stres žena po porodu, může dojít k narušení uvolňování oxytocinu a tím i k inhibování reflexu vypuzování mléka (milk-ejection reflex). Výsledkem opakovaného vystavení kojící ženy stresu může být redukce tvorby mléka způsobená nedostatečným vyprazdňováním prsů během kojení (Dewey, 2001).

Kojení je tedy komplexní proces, při němž vstupují do hry biologické, psychologické i sociální determinanty, jejichž působení začíná už v prenatálním období a pokračuje v průběhu porodu i poporodního období. Jelikož se tyto determinanty navzájem podmiňují a posilují, je třeba při zkoumání vlivu psychosociálních proměnných na kvalitu kojení zohlednit i faktory biologické či somatické povahy, především průběh porodu a farmakologické zásahy při porodu.

### **Cíl výzkumu**

Dosavadní výzkumy jsou zaměřeny především na otázku, co hraje roli při rozhodování ženy o způsobu výživy jejího dítěte, jaké farmakologické zásahy a rutinní postupy praktikované v porodnicích mohou představovat překážky úspěšného zahájení kojení a jaké zdravotní komplikace na straně matky nebo dítěte mohou proces kojení narušit. Přichází-li ke slovu otázka dopadu psychosociálních souvislostí na kvalitu kojení, hlavním tématem se stávají výše zmíněné rutinní postupy porodnic, případně role psychosociální podpory ženy v průběhu porodu a po něm. Chybí však podrobnější rozpracování psychosociálních aspektů, které konstituují psychosociální klima porodnice v celé jeho šíři.

Cílem prezentované studie je identifikovat proměnné představující jednotlivé psychosociální aspekty perinatální péče, které mohou mít dopad na úspěch rodičky při zahajování kojení, s přihlédnutím k vedlejším proměnným souvisejícím s průběhem porodu včetně aplikované medicíny. Naším cílem je dále zjistit, jaké psychosociální aspekty perinatální péče hodnotí jako nepříznivé pro zahájení kojení samy rodičky a které naopak považují za podpůrné při překonávání problémů s kojením.

### **Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor kvantitativní části představuje 199 respondentek z celé České republiky. Do tohoto souboru jsme zařadili pouze prvorodičky, kterým se narodilo jedno dítě a od jejichž porodu neuplynula v okamžiku vyplnění dotazníku doba delší než 1 rok. Všechny respondentky porodily své dítě v porodnici v České republice.

Věk respondentek se pohybuje v rozmezí od 20 do 41 let, průměrný věk je 30 let, medián je rovněž 30 let. Celkem 120 žen z tohoto souboru vystudovalo vysokou školu, 72 respondentek absolvovalo střední školu s maturitou a 7 střední školu bez maturity. Z tohoto souboru odešlo 156 rodiček z porodnice s plně kojícím dítětem, 34 rodiček s částečně kojícím dítětem a 9 respondentek uvedlo, že své dítě při odchodu z porodnice nekojily vůbec.

Výzkumný soubor kvalitativní části tvoří 18 respondentek ve věku od 20 do 43 let, které uvedly, že se během svého pobytu v porodnici potýkaly s problémy s kojením. V okamžiku vedení rozhovoru neuplynula od jejich porodu doba delší než 18 měsíců. Vysokou školu vystudovalo 12 respondentek, střední školu s maturitou 4 a střední školu bez maturity 2 respondentky. Ve výzkumném souboru bylo 14 prvorodiček a 4 druhorodičky. Dvěma ženám se narodila dvojčata, jedné trojčata. Šest žen prodělalo porod císařským řezem. Všechny respondentky chtěly své dítě (dětí) kojit a všechny se o to v průběhu svého pobytu v porodnici snažily.

### **Použité metody**

Výzkum je součástí širšího projektu zaměřeného na psychosociální klima porodnice<sup>1</sup> a vychází z dat získaných v rámci tohoto projektu: z dotazníku pro rodičky a polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami. Dotazník mapuje hlavní psychosociální aspekty perinatální péče, které byly na základě analýzy struktury psychosociálního klimatu porodnice (Takács et al., 2011) rozčleněny do 4 kategorií: vztahové hledisko (přístup zdravotníků k rodičkám, kvalita komunikace a poskytování informací), hodnotové hledisko (vládnoucí paradigma v porodnici týkající se přístupu k porodu, poporodní péči a podílu rodičky na rozhodování), systémové hledisko (provozně-systémové aspekty zdravotnické péče) a ekologicko-architektonické hledisko (uspořádání, vybavení a vzhled prostor porodnice, hygienické a servisní zázemí). Dotazník dále zjišťuje pocity rodiček během jejich pobytu na porodnickém oddělení a na oddělení šestinedělí, zdravotní komplikace během porodu, délku trvání porodu a stav kojení při odchodu z porodnice.

Dotazník byl vyhotoven v on-line verzi. Odkazy na něj byly umístěny na webových stránkách společností a sdružení, která se věnují problematice těhotenství a porodu<sup>2</sup>, a rovněž na webových stránkách mateřských center a portálů<sup>3</sup>. Některá mateřská centra rozeslala svým klientkám odkaz na dotazník prostřednictvím e-mailu. Odkazy na on-line dotazníky byly umístěny ve čtyřech pediatrických ambulancích.

V této studii sledujeme následující položky z dotazníku:

- stav kojení při odchodu z porodnice (rodička plně kojila - částečně kojila - nekojila; vzhledem k nízkému počtu respondentek byly poslední dvě skupiny sloučeny);
- základní demografické (věk, vzdělání) a anamnestické (celková délka porodu, výskyt komplikací při porodu, farmakologické zásahy v průběhu porodu) charakteristiky respondentek;
- ošetřovatelské praktiky, které jsou předchozími výzkumy hodnoceny jako rizikové pro zahájení kojení (separace od dítěte po porodu, délka separace, nemožnost zahájit kojení do půl hodiny po porodu, podávání náhražek sání, podávání náhradní stravy a přinášení dítěte v pravidelných intervalech stanovených porodnicí v případě separace);

<sup>1</sup> Grantový projekt „Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky“ (Interní grant FF UK z r. 2010, č. 261107).

<sup>2</sup> [www.ham.cz](http://www.ham.cz), [www.aperio.cz](http://www.aperio.cz), [www.cenap.cz](http://www.cenap.cz), [www.unipa.cz](http://www.unipa.cz)

<sup>3</sup> [www.maminkymaminkam.cz](http://www.maminkymaminkam.cz); [www.azrodina.cz](http://www.azrodina.cz); [www.umc.cz/skp.klubicko](http://www.umc.cz/skp.klubicko); [www.mcpohadka-jesenice.webnode.cz](http://www.mcpohadka-jesenice.webnode.cz); [www.rozalek.cz](http://www.rozalek.cz); [www.studio-fantazie.cz](http://www.studio-fantazie.cz); [www.hastrmanek.foxten.cz](http://www.hastrmanek.foxten.cz); [www.pexeso.org](http://www.pexeso.org)

- proměnné konstituující psychosociální klima porodnice, sledované zvláště pro porodnické oddělení (PO) a oddělení šestinedělí (OŠ):
  - přístup zdravotníků k rodičce: kumulativní skór sycený 6 položkami – symetrie/asymetrie; úcta a respekt; zohledňování přání a potřeb rodičky; citlivý přístup; zohledňování aktuálního stavu rodičky; dostupnost pomoci (všechny položky hodnoceny pro PO i OŠ). První položka byla hodnocena „ano - ne“, další položky byly hodnoceny „ano - většinou ano - většinou ne - ne“. Celkový skór se pohyboval mezi 6 a 24 (nejlepšímu možnému hodnocení přístupu zdravotníků rodičkou odpovídal skór 6);
  - kvalita komunikace zdravotníků: kumulativní skór sycený 2 (PO), resp. 3 položkami (OŠ) – srozumitelnost informací, dostatečnost informací, protichůdnost informací (pouze pro OŠ, reverzně kódováno). Všechny položky byly hodnoceny „ano - většinou ano - většinou ne - ne“. Celkový skór se pohyboval mezi 2 a 8, resp. 3 a 12 (nejlepšímu možnému hodnocení kvality komunikace zdravotníků rodičkou odpovídal skór 2 resp. 3);
  - podpora zdravotníků při zahájení kojení, sycená jednou položkou (zdravotníci nabízeli pomoc s kojením);
- celkové hodnocení atmosféry v nemocnici na PO i OŠ rodičkou: hodnocení atmosféry (velmi příjemná - spíše příjemná - spíše nepříjemná - velmi nepříjemná), hodnocení kvality atmosféry (vřelá a laskavá - ani vřelá, ani chladná - chladná a neosobní - nepřátelská - ambivalentní) a převažující ladění pocitů, které v ženách vyvolávala interakce se zdravotníky (kumulativní hodnocení získané rozdílem sum pozitivních a negativních pocitů, celkově hodnoceno pozitivní - neutrální - negativní).

Výzkumný soubor byl rozdělen na dva výběry podle toho, zda žena opouštěla porodnici s plně kojeným dítětem ( $n = 156$ ), anebo s dítětem částečně kojeným či nekojeným ( $n = 43$ ). Poté byly obě skupiny porovnány z demografického a anamnestického hlediska a bylo zjišťováno, zdali je statisticky významný rozdíl mezi výskytem některých psychosociálních aspektů perinatální péče u těchto dvou skupin rodiček. Jednotlivé hypotézy byly testovány zhodnocením pravděpodobnosti shody obou skupin vypočítané s využitím testu  $\chi^2$  a Studentova t-testu.

V závěrečné, kvalitativní části výzkumu, která sloužila jako doplnění a hlubší porozumění výsledkům získaným v kvantitativní části, jsme provedli obsahovou analýzu dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s rodičkami, které uvedly, že se během svého pobytu v porodnici setkaly s problémy při zahajování kojení. Při analýze rozhovorů jsme se zaměřili jak na to, s jakými faktory perinatální péče dávaly rodičky do souvislosti své problémy s kojením, tak i na to, jaké aspekty hodnotily jako podpůrné při jejich překonávání. Kateřina Kejřová a Martina Bartošová, které rozhovory vedly, pořídily se souhlasem respondentek audiozáznam a následně doslovné přepisy rozhovorů.

Za cenné připomínky a rady v souvislosti s metodologií výzkumu děkujeme doc. Lence Šulové, dr. Simoně Horákové Hoskovcové, Mgr. Evě Rozehnalové a RNDr. Petru Kvasničkovi.

## Výsledky kvantitativní části

V kvantitativní části výzkumu jsme testovali následující hypotézy:

- H1: Ve skupině plně kojících žen bude nižší výskyt porodnických a ošetřovatelských praktik, které negativně ovlivňují zahájení kojení (operativní porody, farmakologické zásahy v průběhu porodu, poporodní separace matky a novorozence, podávání náhražek sání a náhradní výživy).
- H2: Plně kojící ženy budou hodnotit celkovou atmosféru na PO pozitivněji.
- H3: Plně kojící ženy budou hodnotit celkovou atmosféru na OŠ pozitivněji.
- H4: Plně kojící ženy budou hodnotit přístup a komunikaci zdravotníků na PO pozitivněji.
- H5: Plně kojící ženy budou hodnotit přístup a komunikaci zdravotníků na OŠ pozitivněji.
- H6: Plně kojící ženy, u nichž se vyskytl rizikový faktor pro zahájení kojení v podobě podávání náhražek sání či náhradní kojenecké výživy novorozencům, budou hodnotit atmosféru na OŠ a přístup a komunikaci zdravotníků na OŠ pozitivněji.

**Tab. 1 – Základní demografické a anamnestické charakteristiky obou výběrů**

Proměnná	Plně kojící (n = 156)	Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)	p (t-test)		
	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )			
Věk	29.66 (3.41)	30.07 (3.49)	0.489		
Délka porodu (hod.)	10.24 (9.473)	11.44 (15.74)	0.532		
	Počet (%)	Počet (%)	$\chi^2$	st.v.	p ( $\chi^2$ )
Vzdělání					
- ZŠ	0	0			
- SŠ bez maturity	5 (3.21)	2 (4.65)	0.5	2	0.929
- SŠ s maturitou	58 (37.18)	14 (32.56)			
- VŠ	93 (59.61)	27 (62.79)			
Předčasný porod	5 (3.2)	3 (7)	1.2	1	0.265
Císařský řez	37 (23.7)	11 (25.6)	0.1	1	0.800
Porod kleštěmi	6 (3.8)	0 (0.0)	1.7	1	0.192
Epidurální analgezie	38 (27.9)	12 (24.4)	0.2	1	0.635
Jiná analgezie	18 (11.5)	4 (9.3)	0.2	1	0.679
Infúze pro urychlení porodu	47 (30.1)	11 (25.6)	0.3	1	0.561

Porovnáním základních demografických a anamnestických charakteristik obou výběrů jsme zjistili, že mezi výběry nejsou významné rozdíly co do věku, vzdělání, délky trvání porodu, výskytu komplikací při porodu (vč. předčasného porodu, císařského řezu a porodu kleštěmi) a medikace aplikované v průběhu porodu.

**Tab. 2 – Souvislost rutinních ošetrovatelských praktik a zahájení kojení**

Proměnná	Plně kojící (n = 156)	Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)	$\chi^2$	st.v.	p ( $\chi^2$ )
	Počet (%)	Počet (%)			
Separace od dítěte po porodu	122 (78.2)	33 (76.7)	0.0	1	0.838
Doba separace > 3 hod.	65 (41.6)	24 (55.9)	2.7	1	0.099
Zahájení kojení do půl hodiny po porodu	95 (60.9)	26 (60.5)	0.3	1	0.582
Podávání náhražek sání dítěti	34 (21.8)	18 (41.9)	7	1	<b>0.008**</b>
Podávání náhradní výživy dítěti	58 (37.2)	37 (86.0)	32.3	1	<b>0.000**</b>
Dítě přinášeno na kojení v pravid. intervalech daných nemocnicí	39 (25)	14 (32.6)	2.1	1	0.343

\*\* p < 0.01

Statisticky významný rozdíl se neprokázal ani u separace matky a dítěte po porodu, která je považována za silný rizikový faktor pro úspěšné zahájení kojení (Righard, 1990). Statistické významnosti se však rozdíl mezi oběma výběry přibližoval za předpokladu, že bylo dítě od matky odděleno na více než tři hodiny – ve skupině částečně kojících a nekojících žen bylo těchto případů cca o třetinu více (pravděpodobnost shody p = 0.099). Oba výběry se také významně lišily v tom, zda zdravotníci podávali dítěti náhradní výživu (p = 0.000) a náhražky sání (šidítka, dudlíky na láhve) namísto vhodnějších suplementorů (p = 0.008). Hypotéza 1 se tedy zčásti potvrdila.

**Tab. 3 – Souvislost hodnocení celkové atmosféry na PO a přístupu a komunikace zdravotníků na PO se zahájením kojení**

Proměnná	Plně kojící (n = 156)	Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)	$\chi^2$	st.v.	p ( $\chi^2$ )
	Počet (%)	Počet (%)			
Atmosféra: velmi příjemná a spíše příjemná <sup>1</sup> (1-5)	118 (75.6)	33 (76.7)	1.3	4	0.881
Popis atmosféry: vřelá a laskavá	102 (65.4)	26 (60.4)	3.4	4	0.496

<sup>1</sup> V tabulkách č. 3, 4 a 5 jsou uvedeny hodnoty pouze pro proměnnou „velmi příjemná a spíše příjemná atmosféra“ a nikoli rovněž pro proměnnou „spíše nepříjemná a velmi nepříjemná atmosféra“, neboť tyto hodnoty jsou komplementární. Naproti tomu jsme v tabulkách č. 3, 4 a 5 uváděli jak proměnnou „převaha pozitivních emocí“, tak i proměnnou „převaha negativních emocí“, neboť celkové ladění pocitů bylo hodnoceno třístupňově (pozitivní, neutrální, negativní) a přidání proměnné „převaha negativních emocí“ tedy přináší novou informaci.

Převaha pozitivních emocí	124 (79.5)	33 (76.7)	0.2	2	0.696
Převaha negativních emocí	28 (17.9)	8 (18.6)	0.0	2	0.921
	<i>Plně kojící (n = 156)</i>	<i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i>			
	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )			p (t-test)
Hodnocení přístupu zdravotníků (6-24)	10.21 (4.16)	10.70 (4.84)			0.625
Hodnocení komunikace zdravotníků (2-8)	3.15 (1.33)	3.32 (1.57)			0.515

Při srovnání hodnocení celkové atmosféry na PO a přístupu a komunikace zdravotníků na PO nebyly mezi oběma skupinami zjištěny významné rozdíly. Hypotézy 2 a 4 se tedy nepotvrdily.

**Tab. 4 – Souvislost hodnocení celkové atmosféry na OŠ a přístupu a komunikace zdravotníků na OŠ se zahájením kojení**

<i>Proměnná</i>	<i>Plně kojící (n = 156)</i>	<i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i>			
	Počet (%)	Počet (%)	$\chi^2$	st.v.	p ( $\chi^2$ )
Atmosféra: velmi příjemná a spíše příjemná	107 (68.6)	18 (41.9)	16.6	4	<b>0.002**</b>
Popis atmosféry: vřelá a laskavá	78 (50)	16 (37.2)	10.7	4	<b>0.030*</b>
Převaha pozitivních emocí	101 (64.7)	16 (37.2)	10.5	2	<b>0.002**</b>
Převaha negativních emocí	46 (29.5)	25 (58.1)	12.1	2	<b>0.001**</b>
Zdravotníci nabízeli ženě pomoc s kojením	132 (84.6)	27 (62.8)	10.0	1	<b>0.002**</b>
<i>Proměnná</i>	<i>Plně kojící (n = 156)</i>	<i>Částečně kojící nebo nekojící (n = 43)</i>			
	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )			p (t-test)
Hodnocení přístupu zdravotníků (6-24)	11.63 (4.43)	14.02 (5.58)			<b>0.005**</b>
Hodnocení komunikace zdravotníků (3-12)	5.48 (2.17)	6.70 (2.56)			<b>0.013*</b>

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

Statisticky významný rozdíl se ukázal u hodnocení celkové atmosféry na OŠ: ženy, které při propuštění z porodnice kojily jen částečně nebo vůbec, hodnotily atmosféru na OŠ negativněji (p = 0.002; p = 0.030); rovněž interakce se zdravotníky v nich častěji vyvolávaly negativní pocity, než tomu bylo u plně kojících žen (p = 0.001).



Statisticky významný rozdíl jsme zjistili i v tom, jak obě skupiny hodnotily přístup zdravotníků (plně kojící ženy pozitivněji,  $p = 0.005$ ) a kvalitu jejich komunikace (plně kojící ženy pozitivněji,  $p = 0.013$ ), a dále i v tom, zdali zdravotníci nabídli ženám po porodu pomoc s kojením (dostávalo se jí více plně kojícím ženám,  $p = 0.002$ ). Hypotézy 3 a 5 se tedy potvrdily.

**Tab. 5 – Souvislost hodnocení celkové atmosféry na OŠ a přístupu a komunikace zdravotníků na OŠ se zahájením kojení u žen, jejichž děti dostávaly náhradní výživu (n = 95)**

Proměnná	Plně kojící (n = 58)	Částečně kojící nebo nekojící (n = 37)	$\chi^2$	st.v.	p ( $\chi^2$ )
	Počet (%)	Počet (%)			
Atmosféra: velmi příjemná a spíše příjemná	38 (65.6)	14 (37.8)	14.6	4	<b>0.006**</b>
Popis atmosféry: vřelá a laskavá	24 (41.4)	12 (32.4)	5.8	4	0.212
Převaha pozitivních emocí	34 (58.6)	12 (32.4)	6.2	2	<b>0.013*</b>
Převaha negativních emocí	21 (36.2)	23 (62.2)	6.1	2	<b>0.001**</b>
Zdravotníci nabídli ženě pomoc s kojením	46 (79.3)	23 (62.1)	3.3	1	0.068
	Plně kojící (n = 58)	Částečně kojící nebo nekojící (n = 37)			p (t-test)
	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )	$\bar{x}$ ( $\sigma$ )			
Hodnocení přístupu zdravotníků (6-24)	12.15 (4.85)	14.64 (5.62)			<b>0.041*</b>
Hodnocení komunikace zdravotníků (3-12)	5.98 (2.40)	6.86 (2.57)			0.103

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Sledovali jsme i to, zdali plně kojící ženy, u nichž se vyskytl rizikový faktor pro zahájení kojení v podobě podávání náhražek sání nebo náhradní kojenecké výživy jejich dítěti, hodnotily atmosféru na OŠ a přístup a komunikaci zdravotníků na OŠ pozitivněji než ženy, které z porodnice odcházely s nekojeným nebo pouze částečně kojeným dítětem. Statisticky významný rozdíl v hodnocení atmosféry na OŠ (pozitivněji hodnotily plně kojící ženy,  $p = 0.006$ ) a přístupu zdravotníků na OŠ (pozitivněji hodnotily plně kojící ženy,  $p = 0.041$ ) se prokázal pouze u žen, jejichž děti dostávaly náhradní kojeneckou výživu. Plně kojící ženy, jejichž děti dostávaly náhradní výživu, dále častěji uváděly pozitivní emoce v souvislosti s interakcemi se zdravotníky ( $p = 0.013$ ) a zdravotníci jim rovněž častěji nabízeli pomoc s kojením (nad hranici statistické významnosti,  $p = 0.068$ ). Naopak částečně kojící a nekojící ženy, jejichž dětem byla zároveň podávána náhradní výživa, udávaly častěji negativní emoce vyplývající z interakce se zdravotníky (na hladině významnosti  $p = 0.001$ ). Hypotéza 6 se tedy částečně potvrdila. Lze se proto domnívat, že podávání náhradní kojenecké výživy nemusí být samo o sobě pro úspěšné kojení rizikové, avšak v kombinaci s negativně vnímanou atmosférou na OŠ a nedostatkem empatie a podpory ze strany zdravotníků naděje na úspěšné kojení klesá.

### Výsledky kvalitativní části

Na základě rozhovorů s rodičkami se ukázalo, že za nejdůležitější aspekty psychosociálního klimatu porodnice, které mohou mít příznivý či nepříznivý dopad na zahájení a úspěšný průběh kojení, rodičky považují především přístup zdravotníků a kvalitu komunikace (vztahové hledisko). Následují aspekty spjaté s rutinními postupy v rámci perinatální péče včetně podpory kojení (hodnotové hledisko) a s organizačně-provozními podmínkami v dané porodnici (systémové hledisko).

Ženy, které čelily problémům při zahajování kojení, uváděly, že pro jejich překonání byl rozhodující zájem sester o jejich potíže, aktivní nabízení pomoci a vstřícná a ochotná reakce sester v případě, že byly požádány o pomoc. Mají-li rodičky pocit, že zdravotníky svými dotazy a žádostmi obtěžují, nenaleznou často odvahu požádat o radu a o pomoc a při přetrvávajících problémech na kojení rezignují.

Za podpůrné faktory při problémech se zahájením kojení rodičky označily rovněž empatii a psychickou podporu ze strany zdravotníků. Ukázalo se, že neefektivnější způsob, jak poskytnout ženě, již se kojení nedaří, psychickou podporu, je posilování jejího pocitu mateřské kompetence, který ženy po neúspěšných pokusech o kojení často ztrácejí. Rodičky hodnotily velmi pozitivně, když je zdravotníci uklidňovali, dodávali jim odvahu do dalšího snažení, ujišťovali je, že se kojení rozběhne, pomáhali jim zahnat obavy z toho, že se kojení rozbíhá pomalu, a trpělivě jim naslouchali. Respondentky, které se v porodnici setkaly s necitlivým přístupem ze strany zdravotníků (např. sestry jim v reakci na neúspěch při kojení sdělily, že jsou „neschopné“, či s nimi a s jejich dětmi manipulovaly při nácviu kojení hrubě), uváděly, že tento faktor přispíval k jejich celkové psychické nepohodě a jejich problémy s kojením stupňoval.

Některé respondentky zmiňovaly, že jim bylo kojení v porodnici nepříjemné, neboť jim scházel pocit soukromí a intimity. Tento problém se netýkal pouze přítomnosti dalších rodiček na společném pokoji a jejich návštěv, nýbrž i vizit, při nichž na pokoj přicházelo větší množství lidí. Vizitující lékaři podle jejich slov často nebrali ohledy na to, zda žena kojí, a v mnoha případech žádali, aby kojení kvůli vizitě přerušila.

Klíčovou roli hraje i kvalita komunikace, neboť komunikační styly zdravotníků úzce souvisí s tím, zdali rodička vyhodnotí jejich přístup jako ochotný, empatický a podpůrný. Jak bylo řečeno v souvislosti s poskytováním psychické podpory, velmi pozitivní efekt má uklidňování, ujišťování a trpělivé naslouchání. Rizikový faktor pro úspěšný průběh kojení představují především ty formy komunikace, při nichž jsou rodičky kritizovány a znejišťovány; některé respondentky spojovaly své problémy s kojením se stresem, který v nich tyto nevhodné komunikační styly vyvolávaly.

Důležité jsou i neverbální projevy akceptace jako úsměv a vřelý tón řeči - právě tyto signály jsou pro navození příznivého klimatu rozhodující. Kdykoli respondentky uváděly, že v jejich neúspěšných pokusech o kojení nastal obrát k lepšímu, sdělovaly zároveň, že se tak stalo díky pomoci „usměvavé“ sestry či laktační poradkyně, která s nimi „hezky mluvila“. Rodičky rovněž zmiňovaly, že k jejich psychické nepohodě velmi přispívaly neverbální signály sester jako například „oči v sloup“ či různé „úšklebky“, doprovázející kritiku jejich snah o kojení; podpora kojení poskytovaná sestrami, které komunikovaly tímto způsobem, nebyla efektivní, a to ani tehdy, když se rodičkám individuálně věnovaly a ukazovaly jim různé polohy a techniky kojení.

Pro úspěšný začátek kojení může být rozhodující i kvalita informací, které rodička od zdravotníků obdrží. Ukázalo se, že v této souvislosti existují dvě hlavní překážky úspěšného rozjezdu kojení: nedostatečná kompetence sester v otázkách kojení a udílení protichůdných rad. Tyto faktory měly velmi negativní dopad zejména u prvorodiček – nejasné, nevhodné či navzájem si odporující informace v nich vyvolávaly pocity zmatku a nejistoty, což v nejednom případě vedlo k tomu, že tyto ženy přestaly kojit.

Za překážku úspěšného zahájení kojení považovalo více respondentek oddělení od svého dítěte po porodu a nedostatečnou frekvenci kojení během této separace. Problémem však nemusí být pouze separace matky a dítěte bezprostředně po porodu, ale i pozdější odloučení například z důvodu novorozenecké žloutenky.

Některé respondenty považovaly za důvod svého ukončení kojení dokrmování dítěte náhradním mlékem v lahvi, neboť dítě si zvyklo na savičku a nechtělo se již přisávat k prsu. Faktorem, který může přispět k nárůstu počtu nekojených dětí, je tedy i příliš rychlé přecházení na umělou výživu, objeví-li se problémy s kojením. Více respondentek sdělilo, že nedostatečná podpora kojení v kombinaci s okamžitou nabídkou náhradní výživy byla důvodem toho, že v pokusech o kojení nepokračovaly.

Několik respondentek se však ocitlo v situaci, kdy se jim dlouho netvořilo mléko, hladové dítě neustále plakalo a zdravotníci odmítli vyhovět jejich prosbě o dokrmení dítěte s odůvodněním, že nemocnice dodržuje kroky k úspěšnému kojení<sup>1</sup>. Tento dobře míněný postup však může být kontraproduktivní, uplatňuje-li se bez ohledu na individuální situaci rodičky, neboť v některých případech stupňuje její stres plynoucí z pocitů bezmoci a vlastní nekompetence, což může nástup laktace dále oddalovat.

Podpora kojení by proto měla v první řadě spočívat v pomoci s nácvikem kojení a v povzbuzování matky, které se kojení nedaří. Rodičky opakovaně uváděly, že rozhodující pro překonání jejich problémů s kojením nebyla jen kvalita poskytovaných informací, ale především individuální pomoc spojená s praktickým nácvikem kojení, které se jim dostalo od vstřícné a empatické sestry či laktační poradkyně. Pouhé odmítnutí podání umělého mléka dítěti bez současné psychické i praktické pomoci matce nepřineslo mnoho užitku.

Zvláště důležitou roli hraje podpora kojení u nedonošených dětí. Více rodiček uvedlo, že jejich nedonošené děti, umístěné v inkubátoru, byly dokrmovány (nebo dokonce sondovány), ačkoli byly schopny samy sát. U těchto dětí navíc vstupovaly do hry další nepříznivé faktory, především separace od matky. Na nedostatečnou podporu kojení jako na nepříznivý faktor pro zahájení kojení poukazovaly i vícerodičky a ženy po císařském řezu. Vícerodičky zmiňovaly, že je sestry považovaly za zkušené a nevěnovaly jim tolik péče jako prvorodičkám; u žen po císařském řezu je zase opakujícím se problémem extrémně dlouhá separace od dítěte a nedostatečný kontakt s dítětem během ní.

Co se týče organizačně provozních podmínek porodnice, jedním z klíčových momentů je dostupnost pomoci v případě potíží s kojením; tento moment je důležitý nejen proto, že umožňuje okamžité řešení případných problémů, nýbrž i proto, že u rodiček podporuje pocity jistoty a bezpečí. Za nepříznivý faktor rodičky označovaly i požadavek vážit dítě před kojením a po něm a neustálé sledování, zdali dostatečně přibírá; váhovým přírůstkem dítěte byla často podmíněna možnost odchodu rodičky a dítěte z porodnice. Některé rodičky uvedly, že se jim kojení úspěšně rozběhlo teprve po návratu domů, totiž právě tehdy, když přestaly sledovat, kolik mléka dítě přesně vypilo.

### **Shrnutí výsledků kvalitativní části**

Z rozhovorů s rodičkami, které se během svého pobytu v porodnici potýkaly s problémy s kojením, vyšlo najevo, že pro překonání těchto problémů je nejdůležitější psychická podpora ze strany zdravotníků a jejich citlivý přístup. Podávání dostatečných a srozumitelných informací o kojení a praktický nácvik technik kojení jsou sice nepostradatelnými podmínkami pro překonání problémů s kojením, samy o sobě však nepostačují; rozhodující je, aby se podpora kojení odehrávala ve vstřícné a přátelské atmosféře. Pokud rodičky uváděly, že jim laktační poradkyně či sestry pomohly problémy

<sup>1</sup> Viz Příloha č. 1

s kojením překonat, hodnotily je jako „milé“, „usměvavé“, nebo „ochotné“. Malý úspěch měla naopak podpora kojení poskytovaná sestrami, jejichž přístup respondentky hodnotily negativně.

Za nepříznivé faktory pro zahájení kojení (tj. faktory, které problémy s kojením buď posilují, nebo dokonce vyvolávají) považují rodičky nepříjemnou atmosféru na oddělení šestinedělí, zejména neochotu a nevstřícnost sester a nedostatek empatie a psychické podpory. Za další rizikové faktory označovaly některé z rutinních praktik perinatální péče, především oddělování od svých dětí po porodu a dokrmování novorozenců umělým mlékem v lahvi, a dále nedostatečné či protichůdné rady ohledně kojení a nedostupnost pomoci. U žen, které porodnici opouštěly s nekojeným či pouze částečně kojeným dítětem, lze zpravidla pozorovat působení několika negativních faktorů zároveň.

### Diskuse

Cílem tohoto výzkumu bylo sledovat souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče a kvality kojení. Jak v kvantitativní, tak i v kvalitativní analýze se ukázalo, že nejsilnějším faktorem, který může mít dopad na zahájení a průběh kojení, je přístup zdravotníků (ochota, vstřícnost, schopnost empatie a poskytování psychické podpory) a kvalita komunikace (míra a kvalita poskytovaných informací) v poporodním období. Tím se rozšiřují dosavadní poznatky o vlivu psychosociálních proměnných na kvalitu kojení, jelikož stávající (především zahraniční) výzkumy se zaměřují spíše na vztahové faktory v průběhu porodu. To souvisí pravděpodobně s tím, že ve srovnání s Českou republikou, kde rodička odchází z porodnice minimálně po 72 hodinách, je v zahraničí doba postpartálního pobytu rodičky v porodnici kratší, a vliv psychosociálních proměnných spojených s poporodní péčí se tedy na kvalitě kojení nemůže výrazněji projevit. Vliv vztahových faktorů v průběhu porodu na kvalitu kojení, na který poukazují jiné výzkumy (Morhason-Bello, Adedokun, Ojengbode, 2009; Langer et al., 1998; Dewey et al., 2003; Grajeda, Perez-Escamilla, 2002; Chen et al., 1998), se však v našem výzkumu neprokázal.

Lze ovšem vznést námitku, že souvislost psychosociálních faktorů v rámci poporodní péče (zejména hodnocení přístupu a komunikace zdravotníků a atmosféry na oddělení šestinedělí rodičkami) a kvality kojení lze interpretovat obousměrně; nepříznivé psychosociální klima může mít negativní dopad na zahájení kojení, je však rovněž možné, že rodičky, které měly problémy s kojením, hodnotí psychosociální klima kritičtěji. Data získaná v rámci kvalitativní části nicméně svědčí pro první variantu: ve více případech rodičky hodnotily jednotlivé sestry na oddělení šestinedělí velmi odlišně, a jejich hodnocení tedy nebylo závislé na tom, zda se jim kojení dařilo či nikoli. Byla zjevná i časová posloupnost ve vztahu povahy klimatu a kvality kojení: rodičky uváděly, že jejich problémy s kojením ustoupily poté, co se atmosféra v porodnici změnila k lepšímu (např. po střídání směn), nebo poté, co se v porodnici setkaly s ochotnou a empatickou sestrou resp. laktační poradkyní, u níž našly podporu.

Ve shodě s jinými výzkumy (Kuan et al., 1999) se ukázalo, že k zahájení kojení přispívá ve velké míře podpora kojení v dané porodnici, zejména aktivní nabízení pomoci, dostupnost pomoci a dostatečné poskytování informací. Negativní vliv pak má užívání dudlíků a náhražek sání a dokrmování novorozenců náhradním mlékem, na což rovněž upozorňují i jiné studie (Dewey et al., 2003; Dewey, 2001). Dokrmování novorozenců je nicméně problematickou proměnnou, neboť na základě dat získaných z dotazníku nelze rozlišit, zdali šlo o zdroj potíží s kojením, nebo o jejich důsledek. Z kvalitativní analýzy navíc plyne, že rozlišování příčin a následků je v této souvislosti velmi obtížné, neboť předčasné dokrmování novorozence může již vzniklé problémy s kojením potencovat, a být tak jejich důsledkem a zároveň i zdrojem. Výsledky kvantitativní analýzy však

naznačují, že podávání náhradní kojenecké výživy je rizikovější, pokud se spojuje s nedostatkem psychické podpory a empatie ze strany zdravotníků.

Oproti našemu očekávání se neprokázal vliv vedlejších kontrolovaných proměnných souvisejících s farmakologickými zásahy v průběhu porodu (anestezie, infúze pro urychlení porodu), který je uváděn v literatuře (Forster, McLachlan, 2007; Enkin et al., 1998). Naše výsledky nepotvrzují ani závěr jiných studií (Dewey et al., 2003; Chien, Tai, 2007; Patel et al., 2003), že významným prediktorem problémů s kojením může být dlouhý či instrumentálně vedený porod. Souvislost separace matky a dítěte po porodu s kvalitou kojení, kterou potvrdily předchozí výzkumy (Righard, 1990), naznačují – za předpokladu separace trvající déle než tři hodiny – i výsledky tohoto výzkumu, byť pouze v přiblížení se statistické významnosti. Je nicméně pravděpodobné, že v případě většího rozsahu výzkumného souboru by bylo hranice statistické významnosti dosaženo. Na základě našich výsledků je dále zjevné, že oddělování matek a dětí po porodu patří v mnohých českých porodnicích k rutinním postupům; tato skutečnost by mohla vysvětlovat podobný podíl separovaných párů matka-dítě v obou výběrových souborech.

Údaje o poměru kojících a nekojících žen získané v rámci tohoto výzkumu se odlišují od dat uváděných Laktační ligu (LL)<sup>1</sup>: zatímco podle informací LL odchází v posledních letech z českých porodnic téměř 90 % novorozenců plně kojených (v roce 2009 necelých 87 %), v našem výzkumu bylo při odchodu z porodnice plně kojených pouze 78 % novorozenců (údaj se týká žen, které porodily v letech 2009 a 2010). Větší počet částečně kojených a nekojených dětí než v údajích LL však může souviset s tím, že do výzkumného souboru kvantitativní části byly zařazeny pouze prvorodičky. Počet plně kojených dětí v ČR navíc každým rokem klesá zhruba o 1 %.

Limitací našeho výzkumu může být převažující zastoupení vysokoškolaček ve výzkumném souboru kvalitativní i kvantitativní části, avšak souvislost vzdělání a úspěchu či neúspěchu v zahájení kojení se neprokázala. Další omezení představuje i způsob výběru respondentek související s internetovým sběrem dat; jelikož se jednalo o samovýběr, lze předpokládat, že dotazník vyplnily převážně ty rodičky, které měly buď výrazně pozitivní, nebo naopak výrazně negativní zkušenost s perinatální péčí, a které byly k vyplnění relativně rozsáhlého dotazníku motivovány vlastním zájmem o danou problematiku.

Vzhledem k výsledkům dosavadních výzkumů, podle nichž existuje souvislost mezi operativním porodem a kvalitou kojení (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008; Kruse et al., 2005; Rowe-Murray, Fisher, 2002), se může jevit jako problematické zařazení žen po císařském řezu do výzkumného souboru. V našem výzkumu se nicméně vliv císařského řezu na kvalitu kojení neprokázal; výsledky spíše naznačují, že případný nepříznivý vliv operativního porodu na zahájení laktace může být vyvážen následnou kvalitní podporou kojení odehrávající se ve vstřícném a podpůrném klimatu.

### **Závěr a doporučení pro praxi**

Psychosociální faktory související s perinatální péčí jsou významnými prediktory kvality kojení; podle našich výsledků předčí i dopad některých farmakologických zásahů v průběhu porodu a ukončení porodu císařským řezem. Ukázalo se, že pro úspěšné zahájení kojení je klíčová psychická podpora rodičky v době po porodu, poskytování jednoznačných, dostatečných a srozumitelných informací o kojení a aktivní nabízení pomoci.

<sup>1</sup> Za laskavé poskytnutí informací o aktuálním stavu kojení v ČR děkujeme MUDr. Anně Mydlilové, předsedkyni Laktační ligu.

Účinná podpora kojení v porodnici tedy nespočívá pouze v dodržování deseti hlavních zásad, které jsou podmínkou pro udělení statutu BFH<sup>1</sup> dané porodnici. Tyto zásady kladou důraz na kompetence zdravotníků v otázkách kojení, poskytování informací a pomoci s kojením, včasné zahájení kojení, neužívání náhražek sání a umělého mléka v prvních dnech po porodu apod., avšak nedotýkají se psychosociálního klimatu, v němž se podpora kojení odehrává. Bez příznivého klimatu porodnice, tj. bez současného poskytnutí psychické podpory rodiče a citlivého přístupu zdravotníků, může i důsledné dodržování uvedených zásad zůstat bez efektu.

Naše výsledky zároveň ukazují, že ačkoli je 65 z 99 českých porodnic certifikováno jako BFH (Mydlilová, 2010), téměř 78% rodiček z výzkumného souboru kvantitativní části uvedlo, že byly od svých dětí po porodu separovány, přičemž 44% rodiček zmínilo separaci delší než 3 hodiny. Ve 26% případů dostávali novorozenci náhražky sání a téměř 27% žen uvedlo, že jim byly jejich děti během separace donášeny ke kojení nikoli podle jejich potřeb, nýbrž podle pravidelných intervalů stanovených personálem porodnice.

Mezi hlavní doporučení pro praxi tedy patří: sjednotit rady o kojení udílené rodičkám v dané porodnici, podporovat raný kontakt matky a dítěte (i u žen po císařském řezu a u matek nedonošených dětí) a posilovat psychologické kompetence zdravotníků na oddělení šestinedělí, a to zejména jejich komunikační dovednosti, které jsou rozhodující pro utváření příznivého typu klimatu. Vzhledem k opakovaným stížnostem respondentek na necitlivé a nevstřícné chování některých zdravotníků, převážně sester na oddělení šestinedělí, je třeba doporučit zavedení průběžných evaluací zdravotnické péče, které by zdravotníkům poskytovaly zpětnou vazbu a rovněž supervizi pro zdravotníky, kteří pracují s klientkami v takto náročné životní situaci. V neposlední řadě by měla být věnována pozornost i možnostem prevence a terapie syndromu vyhoření.

### **Příloha č. 1 - Deset kroků k úspěšnému kojení**

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu;
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie;
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení;
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu;
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí;
6. nepodávat novorozencům žádnou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů;
7. umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming-in);
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu);
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.;
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice (breast-feeding support groups).

<sup>1</sup> Statut Baby Friendly Hospital (BFH) vyplývá z iniciativy Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), která je součástí programu „Podpora, ochrana a prosazování kojení“, jehož oficiálním nositelem je UNICEF. Podmínkou pro získání tohoto statutu je splnění kritérií stanovených UNICEF a Světovou zdravotnickou organizací (WHO), tzv. deseti kroků k úspěšnému kojení (viz Příloha č. 1). V ČR je odborným garantem pro posuzování připravenosti nemocnic k získání tohoto statutu Laktační liga. Za laskavé poskytnutí informací o BFHI děkujeme Rose Šimberské z Českého výboru pro UNICEF.

## Literatura

- Akman, İ., Kuscu, M. K., Yurdakul, Z., Özdemir, N., Solakoğlu, M., Orhon, L., Karabekiroğlu, A. & Özek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 369–373.
- Altemus, M., Deuster, P. A., Galliven, E., Carter, C. S. & Gold, P. W. (1995). Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 80, 2954-2959.
- Bailey, J., Clark, M. & Shepherd, R. (2008). Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. *British Journal of Midwifery*, 16, 3, 172–178.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J. & De Vries, S.M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29, 4, 278–284.
- Dermer, A. (2001). A well-kept secret breastfeeding's benefits to mothers. *New Beginnings*, 18, 4, 124-127.
- Dewey, K. G. (2001). Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis. *Journal of Nutrition*, 131, 3012–3015.
- Dewey, K. G., Nommsen-Rivers, L. A., Heinig, M. J., Cohen, R. J. & Vestermark, P. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112, 3, 607-19.
- Donath, S. M. & Amir, L. H. (2003). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. *Acta Paediatrica*, 92, 3, 352-356.
- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, 17, 3, 205-214.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Renfrew, M. & Nielson, J. (1998). *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada.
- Ford, R. P., Taylor, B. J., Mitchell, E. A., Enright, S. A., Becroft, D. M., Scragg, R., Hassal, I. B., Barry, D. M. & Alen, E. M. (1993). Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *International Journal of Epidemiology*, 22, 5, 885-90.
- Forster, D. A. & McLachlan, H. (2007). Breastfeeding initiation and birth setting practices: A review of the literature. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52, 3, 273-280.
- Goldman, A. S. (1993). The immune system of human milk: antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 12, 8, 664-672.
- Grajeda, R. & Perez-Escamilla, R. (2002). Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women. *Journal of Nutrition*, 132, 10, 3055 – 3060.
- Howie, P. W., Forsyth, J. S., Ogston, S. A., Clark, A. & Florey, C. D. (1990). Protective effect of breast feeding against infection. *British Medical Journal*, 300, 6716, 11-16.
- Chen, D. C., Nommsen-Rivers, L., Dewey, K. G., Lönnerdal, B. (1998). Stress during labor and delivery and early lactation performance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68, 335-344.

- Chien, L. & Tai, C. (2007). Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*, 34, 2, 123–130.
- Klaus, M., Kennel, J. & Klaus, P. (2003). *Mothering the mother*. Reading: Addison Wesley Publishing.
- Kroeger, M. (2004). *Impact of birthing practices on breastfeeding: protecting the mother-baby continuum*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Kruse, L., Denk, C. E., Feldman-Winter, L. & Mojta Rotondo, F. (2005). Comparing sociodemographic and hospital influences on breastfeeding initiation. *Birth*, 32, 81–85.
- Kuan, L. W., Britto, J. D., Schoettker, P. J., Atherton, H. D. & Kotagol, U. R. (1999). Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*, 104, 3, 28-35.
- Kuzela, A., Stifter, C. & Worobey, J. (1990). Breastfeeding and mother-infant interactions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 185–94.
- Labbok, M. (2001). Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 1, 143-158.
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C. & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105, 10, 1056–1063.
- Lavelli, M. & Poli, M. (1998). Early mother-infant interaction during breast- and bottle-feeding. *Infant Behavior and Development*, 21, 4, 667-683.
- Lederman, R., Lederman, E. & Work, B. (1978). The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines and plasma cortisol to progress in labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132, 5, 495-499.
- Mårild, S., Hansson, S., Jodal, U., Odén, A. & Svedberget, K. (2004). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 93, 2, 164-168.
- Morhason-Bello, I. O., Babatunde, O. A. & Oladosu, A. O. (2009). Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International Breastfeeding Journal*, 4, 16.
- Mydlilová, A. Jen deset kroků. (Tisková zpráva ke Světovému a Českému týdnu kojení v září 2010) [online]. In *Laktační liga*, c2010 [cit. 2010-11-19]. Dostupné z [www: <www.kojeni.cz/novinky/tiskova\\_konference/tiskova\\_zprava.doc>](http://www.kojeni.cz/novinky/tiskova_konference/tiskova_zprava.doc)
- Mydlilová, A., Šípek, A. & Wiesnerová, J. (2008). Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004 v ČR. *Česko-slovenská pediatrie*, 63, 4, 182-191.
- Patel, R., Liebling, R., Murphy, D. (2003). Effect of operative delivery in the second stage of labor on breastfeeding success. *Birth*, 30, 4, 255–260.
- Rey, J. (2003). Breastfeeding and cognitive development. *Acta Paediatrica*, 92, 11–18.
- Righard, L. R. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, 336, 8723, 1105-1107.
- Rowe-Murray, H. J. & Fisher, J. R. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29, 2, 124–131.



Sadauskaitė-Kuehne, V., Ludvigsson, J., Padaiga, Ž., Jašinskienė, E. & Samuelsson, U. (2004). Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 20, 2, 150–157.

Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.

Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K. & Bartošová, M. (2011). Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi*, 3-4, v tisku.

Wells, K. J., Thompson, N. J. & Kloeblen-Tarver, A. S. (2006). Development and psychometric testing of the prenatal breastfeeding self-efficacy scale. *American Journal of Health Behavior*, 30, 2, 177–187.

### **O autorkách:**

Mgr. Lea Takács vystudovala filozofii na FF UK, je studentkou psychologie na FF UK a doktorandkou Institutu filozofie KU Leuven (Belgie).

Kontakt: [lea.takacs@student.kuleuven.be](mailto:lea.takacs@student.kuleuven.be)

Mgr. Eliška Kodyšová je doktorandkou na Katedře psychologie FF UK (obor Sociální psychologie). Dlouhodobě se věnuje problematice vstupu do rodičovství a spolupracuje s o.s. Aperio.

Kontakt: [eliska.kodysova@aperio.cz](mailto:eliska.kodysova@aperio.cz)

Kateřina Kejřová je studentkou psychologie na FF UK.

Martina Bartošová je studentkou oboru Porodní asistentka na ZSF v Českých Budějovicích.

---

Takács, L., Kodyšová, E., Kejřová, K., Bartošová, M. (2011). Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie* [online], 5 (4), 16-32 [cit. vložít datum citování]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-et al.pdf>>. ISSN 1802-8853.