

Participatívny prieskum o dojčení v marginalizovaných rómskych komunitách a jeho využitie pre prax

Abstrakt

The aim of this study is to present data and information from a participatory survey that preceded the setting up of health mediation activities in marginalized Roma communities and trainings of specialized lactation consultants to support breastfeeding in these communities. In the breastfeeding survey, 1306 questionnaires from different Romani communities in Slovakia and 787 questionnaires sent via an online form from non-Roma women receiving assistance from lactation consultants were processed. The article not only analyses the results of these participatory surveys, but also describes the experiences of the Roma health mediators who were involved in data collection in their localities and presents the use of the results in practice.

Keywords:

Marginalized Roma Communities, lactation consultants, breastfeeding, health mediators, Zdravé regióny, MAMILA

1 Mgr. Tatiana Hrustič je hlavná expertka pre národný projekt Zdravé komunity 2A a súčasne riaditeľka príspevkovej organizácie Zdravé regióny, ktorej cieľom je znižovanie rozdielov v zdraví medzi majoritnou populáciou a populáciou žijúcou v marginalizovaných rómskych komunitách (v texte ďalej ako MRK). E-mail: tatiana.hrustic@zdraveregiony.eu

2 Mgr. Andrea Poloková je certifikovaná laktáčna poradkyňa a členka Správnej rady o. z. MAMILA, ktorá má viac ako 15-ročnú prax profesionálneho poradenstva pri dojčení pre matky s problémami s dojčením. Školí asistentov a asistentky zdravotnej osvetvy v marginalizovaných rómskych komunitách. Je autorka knihy Praktický návod na dojčenie a množstva slovenských a zahraničných štúdií na témy dojčenia a vzťahovej výchovy. E-mail: dojenie@yahoo.com

Úvod

Predkladaný text o participatívnom prieskume o dojčení v marginalizovaných rómskych komunitách (MRK) je potrebné chápať ako praktickú pomôcku pri nastavení jednej z mnohých aktivít, ktoré príspevková organizácia Ministerstva zdravotníctva SR Zdravé regióny³ realizuje za účelom zlepšenia podmienok pre zdravie v MRK pomocou 264 asistentov osvetu zdravia (ďalej len AOZ) a 24 koordinátorov asistentov osvetu zdravia (ďalej len KAOZ) v rámci svojho programu zdravotnej mediácie v rómskych komunitách.⁴ Je zjavné, že dojčenie je významným determinantom zdravia v detstve a dospelosti, o dojčení v MRK na Slovensku však neexistujú oficiálne štatistiky. Preto sme považovali za dôležité realizovať komplexný prieskum o dojčení v MRK na Slovensku a paralelne s ním aj prieskum o dojčení v majorite, konkrétne v komunite žien, ktoré dostali asistenciu s dojčením od laktačných poradkýň.

Pri prieskume sme kládli dôraz na to, aby sme mali informácie priamo od ľudí, ktorí v MRK žijú. Ako našu výhodu vnímame skutočnosť, že zamestnanci organizácie na pracovných pozíciách AOZ sú priamo obyvatelia týchto lokalít. Cieľom tejto štúdie je teda predstaviť dáta a informácie z participatívneho prieskumu, ktorý predchádzal nastaveniu aktivít zdravotnej mediácie v MRK a rozsiahlym školeniam AOZ. Tieto dáta a informácie potvrdili potrebu poskytovania pomoci pri dojčení v MRK, a tak sme získané informácie využili pri nastavení hlavných tém vzdelávacích aktivít realizovaných v rámci Národného projektu Zdravé komunity, ktorý realizuje organizácia Zdravé regióny. Cieľom následne realizovaných aktivít v roku 2018 a 2019 je zvýšenie počtu matiek z MRK, ktoré dojčia, a to pomocou výrazného zlepšenia dostupnosti poradenstva v oblasti podpory dojčenia prostredníctvom pôsobenia vyškolených laktačných poradkýň z MRK.

3 Príspevková organizácia Zdravé regióny realizuje Národný projekt Zdravé komunity 2A vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

4 Program zdravotnej mediácie v rómskych komunitách vznikol na základe viac ako 10-ročnej poctivej práce v teréne, ktorú podporovala a viedla nezisková organizácia. Vďaka spolupráci a participácii obyvateľov rómskych komunít na aktivitách je program jedinečný. Najdôležitejšiu zložku aktivít programu tvoria zamestnanci, ktorí sú obyvateľmi marginalizovaných rómskych komunít a tvoria viac ako 86 % zamestnancov z celkového počtu 317. Organizácia pôsobí v 271 obciach a mestách s prítomnosťou rómskych komunít vo všetkých krajoch SR. V každej lokalite sa realizuje zdravotná mediácia na komunitnej úrovni prostredníctvom asistentov osvetu zdravia a širokej funkčnej siete, do ktorej patrí 825 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, obecné a mestské úrady, ďalšie pomáhajúce profesie, regionálne úrady verejného zdravotníctva a mnoho ďalších. Kvalifikačné predpoklady na pozíciu asistenta osvetu zdravia (AOZ) sú postavené tak, aby sa cielene mohli vyberať ľudia priamo z MRK. Je dôležité, aby mali uchádzači ukončenú minimálne povinnú školskú dochádzku, ovládali jazyk vylúčených komunít a mali trvalý alebo prechodný pobyt priamo v obci, kde majú pôsobiť. Súčasťou projektu je množstvo vzdelávacích aktivít, systematická práca v teréne a v nemocniciach a participatívna tvorba metodík terénnej zdravotnej mediácie na rôzne témy.

1. Východiská prieskumu dojčenia v marginalizovaných rómskych komunitách

Prieskum, ako aj aktivity týkajúce sa podpory dojčenia v MRK sú prvé svojho druhu na Slovensku. V medzinárodnom kontexte sa opierame o práce skúmajúce vplyv vyškolených laktačných poradkýň v krajinách tretieho sveta (Chapman et. al. 2004; Exavery et. al. 2015; Kushwaha et. al. 2014; Shakya et. al. 2017), pretože príklady z prostredia rómskych komunit v Európe (Európska komisia 2017) skôr poskytujú len opis situácie či prinášajú niektoré prípadové štúdie.

Otázkami, ktoré súvisia s podporou dojčenia v MRK sa organizácia Zdravé regióny začala zaoberať v roku 2016. Na téme podpory dojčenia začali Zdravé regióny v roku 2017 spolupracovať s občianskym združením MAMILA⁵, ktoré má bohaté, viac ako 17-ročné skúsenosti s budovaním siete profesionálnych laktačných poradkýň a ich certifikovaným vzdelávaním.

Náš cieľ, získať na začiatku realizácie aktivít kvalitné dáta a informácie, sa odvíjal aj od toho, že poznatky o dojčení v MRK na Slovensku sa doposiaľ odvíjali od všeobecných nepodložených názorov a mýtov, ktoré sa týkajú rómskej populácie. V majoritnej spoločnosti napríklad pretrváva presvedčenie, že každá rómska matka dojčí a že rómske matky dojčia svoje deti bez problémov veľmi dlhú dobu. Na základe skúseností a správ AOA sa to však jednoznačne nedá povedať – viaceré rómske matky berú dlhodobé dojčenie ako prirodzenú súčasť materstva, ktorá ho robí ešte krajším, na druhej strane sa stretli aj s tým, že matky dojčili málo a z rôznych dôvodov uprednostňovali umelú výživu.

Organizácie spoločne pripravili a zrealizovali participatívny prieskum v MRK, v ktorých pôsobia AOA, cieľom ktorého bolo nájsť odpovede na otázky týkajúce sa dojčenia. Zároveň sa však rozhodli realizovať aj paralelný prieskum v komunite matiek z majority, ktoré dostávali podporu pri dojčení od laktačných poradkýň MAMILY. Z hľadiska metodológie nešlo o kontrolnú skupinu, ale o skupinu, v ktorej už došlo k intervencii zameranej na podporu a pomoc pri dojčení. Táto vzorka bola pre nás dôležitá z hľadiska overenia efektívnosti tohto druhu intervencie a jej zaradenia do projektu Zdravé komunity. Porovnanie výsledkov oboch skupín

5 MAMILA je zaradená na zoznam skupín podporujúcich dojčiace ženy medzinárodnou organizáciou International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), ktorá na celosvetovej úrovni združuje laktačné poradkyne. Laktačné poradkyne MAMILY majú možnosť zložiť u IBLCE skúšky na získanie medzinárodne uznávaného titulu laktačnej poradkyne. MAMILA je tiež súčasťou medzinárodnej siete International Baby Food Action Network (IBFAN) s mandátom od Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) zameraným na ochranu dojčenia a elimináciu propagácie umelej výživy. MAMILA je organizácia, ktorá sa profesionálne zaoberá podporou dojčenia a vzdelávaním, pričom kurzy boli vypracované v spolupráci s kanadským pediatrom Jackom Newmanom. Laktačné poradkyne MAMILY sú odborníčky na dojčenie, sú medzi nimi lekárkyně, zdravotníčky, farmaceutky, psychologičky a ženy, ktoré majú rozsiahle skúsenosti s vlastným dojčením a tiež s praktickou pomocou ženám v teréne.

bolo zaujímavé z hľadiska vplyvu, ktorý intervencie zamerané na podporu dojčenia môžu priniesť. Obe organizácie sa spoločne podieľali aj na spracovaní výsledkov prieskumu, porovnaní výsledkov v rámci sledovaných skupín, ako aj pri interpretácii zistených výsledkov a ich prenose do praxe.

2. Prehľad súčasného poznania o vplyve dojčenia na zdravie

Dojčenie má rozhodujúci vplyv na zdravie dieťaťa v detstve i v dospelosti a na zdravie matky a jej ochranu pred významným počtom ochorení. Dojčenie či nedojčenie hrá kľúčovú rolu nielen zo zdravotného, ale aj sociálneho, psychologického, výchovného, finančného či ekologického hľadiska (Rollins et. al. 2016). Výživa dieťaťa dojčením v prvých niekoľkých rokoch života natrvalo pozitívne ovplyvňuje celú spoločnosť (Sankar 2015; Lancet 2016; UNICEF/WHO 2018, Grummer-Strawn a kol. 2004; Harder a kol. 2005; Chowdhury a kol. 2015; Aune a kol. 2014; Paintal, Aguayo 2016; Brown a kol. 1990). Dojčenie chráni dieťa pred infekciami, buduje jeho imunitný systém, zabezpečuje adekvátnu výživu v prvých rokoch života, ovplyvňuje dlhodobé zdravie dieťaťa a zdravie matky (Prentice, Paul 2000). Zdravie nedojčených detí je tak ohrozené napríklad podvýživou, hnačkovými ochoreniami, ochoreniami horných a dolných dýchacích ciest – zápal priedušiek či zápal pľúc, zápal stredného ucha, rozličnými vírusovými ochoreniami či chorobami bakteriálneho pôvodu, infekciami pochádzajúcimi z kontaminácie pri príprave umelého mlieka či cukrovkou (Sankar 2015).

Je teda zrejmé, že pri deťoch, ktoré žijú v podmienkach bezprostredne ohrozujúcich ich zdravie a život, môže dojčenie zohrávať dôležitú úlohu pri ovplyvňovaní ich zdravia. V prípravnej fáze prieskumu sme sa teda zamerali na získanie a spracovanie dostupných informácií o dojčenskej úmrtnosti, hospitalizáciách detí do 1 roka, chorobnosti a ďalších ukazovateľov, ktoré poukazujú najmä na zlé až kritické podmienky pre zdravie v MRK. Podľa správy Inštitútu finančnej politiky (Bojko a kol. 2018; OECD 2019) je stav zdravia Rómov z MRK v porovnaní s majoritou výrazne horší. Očakávaná dĺžka života pri narodení je v MRK pri porovnaní s ostatnou populáciou približne o 6 – 10 rokov nižšia a zároveň dojčenská úmrtnosť je takmer trojnásobne vyššia v porovnaní s majoritou (tamže: 1). Počet úmrtí do jedného roka na 1 000 živo narodených detí je 12,3 oproti 4,6 pri majoritnej populácii. Rozdiely v očakávanej dĺžke života a v dojčenskej úmrtnosti existujú aj medzi okresmi. V okrese Trebišov, dosiahla dojčenská úmrtnosť v sledovanom období takmer 30 úmrtí na 1 000 živo narodených detí (tamže: 2) a dosiahla tak úroveň Juhoafrickej republiky, Indie alebo Indonézie.⁶

⁶ Pre porovnanie pozri dáta Svetovej banky o detskej úmrtnosti: <https://data.worldbank.org/indicator/> [cit. 2019-09-26].

Z nášho pohľadu sú najzraniteľnejšou a z hľadiska budúcnosti najdôležitejšou skupinou novorodenci a dojčatá. V podmienkach MRK často bez prístupu k pitnej vode, je otázka výživy novorodencov a dojčiat jedným z rozhodujúcich faktorov dojčenskej chorobnosti. 80 % hospitalizovaných detí na východnom Slovensku do jedného roka veku sú rómske deti (Pochová, Timurová, Kovaľ 2011: 18). Poskytovanie informácií o zdraví matiek, pomoc pri dojčení a zabezpečovanie popôrodnej starostlivosti sú v mnohých štúdiách (Sinha et al. 2015; Morrow et. al. 1999; Rollins et. al. 2016; WHO, Unicef 2018; WHO 2018) označované ako kľúčové kroky na vytvorenie podmienok čo najlepšieho štartu do života.

Podľa štúdie od autorov Pochová, Timurová a Kovaľ (2011), ktorí analyzovali hospitalizácie detí na prešovskej klinike pediatrie, dochádza k nárastu hospitalizovaných detí z MRK. Najčastejšia diagnóza pri prijatí je ochorenie tráviaceho traktu – 34%, ktorému by sa dojčením dalo takmer úplne zabrániť. Druhá najčastejšia diagnóza pri prijatí sú ochorenia dýchacieho systému, až 33 %, a v tomto prípade dojčenie taktiež funguje ako prevencia. Nedojčené deti z MRK sú navyše hospitalizované opakovane (3 až 11-krát). Najviac zastúpenou skupinou pri deťoch z MRK sú deti s hypotrofiou, až 80 % a ide o nedojčené deti, ktorých hypotrofiu by bolo možné zabrániť práve dojčením. Pri purulentných otitídach je zastúpenie nedojčených detí z MRK 77% hospitalizácií. Autori uvádzajú, že v sledovaných súboroch potvrdili, že v skupine všetkých hospitalizovaných detí sú až dve tretiny nedojčených detí (Pochová, Timurová, Kovaľ 2011: 18). A ďalej autori považujú za „alarmujúce, že existujú veľké rozdiely medzi dojčením hospitalizovaných rómskych a nerómskych detí“ (tamže). Dojčené rómske deti sú len malá skupina hospitalizovaných detí, drvivá väčšina sú nedojčené deti.

Údaje o dojčenskej úmrtnosti a celkovej chorobnosti naznačujú, že rómske deti sú dojčené v menšej miere ako nerómske. Z toho dôvodu sme sa rozhodli získať viac informácií o dojčení v MRK, a to prostredníctvom spolupráce s rozsiahlou sieťou AOZ a KAOZ v teréne.

3. Prieskum dojčenia v marginalizovaných rómskych komunitách

3.1 Opis skupín respondentiek

V roku 2018 sme uskutočnili prieskum o dojčení, ktorý zbieral dáta v dvoch skupinách. Jednou sú ženy (matky z MRK) a druhou je komunita žien, ktoré dostávajú pomoc a podporu pri dojčení od o. z. MAMILA (KMM).

Zber údajov v KMM sa uskutočnil prostredníctvom internetového prieskumu na webovej stránke o. z. MAMILA a zahŕňal 787 respondentiek, ktoré priemerne dojčili 19 mesiacov. Tieto respondentky sú vysoko motivované dojčiť a majú rozsiahle možnosti získať potrebnú pomoc a podporu, aby pokračovali v dojčení dlhodobo. V tomto zmysle ide o skupinu žien, ktorá už zažila intervenciu v podobe pomoci zo strany kvalifikovanej laktačnej poradkyne MAMILY. Práve

preto v prieskume reprezentuje skupinu, ktorá prekonala problémy s dojčením vďaka intervencii a profesionálnej pomoci laktačných poradkýň MAMILY. Túto skupinu sme si na zber údajov zvolili okrem uvedených dôvodov aj preto, že na Slovensku chýbajú oficiálne dáta o dojení.

3.2 Zber údajov v marginalizovaných rómskych komunitách

Zber údajov sa uskutočnil prostredníctvom AOZ. Celkovo bolo odovzdaných 1756 dotazníkov, ktoré boli vyplnené v lokalitách zapojených do projektu Zdravé komunity. Priemerný vek matiek, ktoré odpovedali na otázky, bol 24 rokov. Priemerný vek najmladšieho dieťaťa matky, ktorej sa otázky týkali, bol 4 roky.

Kľúčom k úspešnému zapojeniu AOZ a ich KAOZ do prieskumu bolo ich vyškolenie a vysvetlenie zámerov a cieľov prieskumu. V decembri 2017 sme realizovali celoslovenské koordinačné stretnutie pre 24 oblastných skupín zamerané na vyškolenie AOZ na realizáciu výskumu.

Zlogistických dôvodov sme sa rozhodli využiť práve KAOZ ako sprostredkovateľov informácií o prieskume, ako aj v podrobnostiach o dotazníku, respektíve garantov správnej realizácie zberu dát v rómskych komunitách. S koordinátormi sme realizovali stretnutie zamerané na výmenu informácií o dojení v MRK. Informovali sme ich o zámere nasmerovať časť vzdelávacích aktivít určených pre AOZ na tému dojčenie, starostlivosť o novorodenca a matku po pôrode. Vysvetlili sme im, že na základe spolupráce a zberu informácií v teréne budeme vedieť vyhodnotiť, do akej miery je táto téma potrebná a či by bolo vhodné takéto druh vzdelávania zaradiť do programu. Už na tomto stretnutí sa z uvedených príkladov z praxe ukazovalo, že podpora dojčenia v MRK chýba a že evidujeme lokality, kde sa stalo používanie náhrad za materské mlieko z rôznych dôvodov veľmi časté.

Súčasťou stretnutia bola práca s dotazníkom. Dôsledne sme so skupinou prešli každú otázku v dotazníku a overovali sme si pochopenie otázky, ako aj možnosti odpovedí. Dôraz sme kládli na to, aby koordinátori vedeli sprostredkovať všetky potrebné informácie AOZ, ktoré budú v teréne oslovovať ženy a vyplňať s nimi dotazník. Ako pozitívum sme vnímali schopnosť AOZ a väčšiny koordinátorov komunikovať v jazyku komunity. Dotazník nebol preložený do rómčiny, dáta boli väčšinou zbierané v rómčine a AOZ vyplňovali údaje do dotazníka v slovenčine.

Zo zrejmých dôvodov citlivosti témy sme pre zber údajov vybrali AOZ ženského pohlavia. Úlohou koordinátorov bolo vybrať zo svojej skupiny minimálne štyri AOZ, ktoré budú vo svojej lokalite oslovovať matky a osobne s nimi vyplnia dotazník. Zadanie pre oblastné skupiny⁷ bolo odovzdať 20 vyplnených dotazníkov

⁷ Oblastná skupina pozostáva z koordinátora a 10 až 15 asistentov osvetly zdravia ktorí pôsobia na území 10 až 15 MRK. AOZ sú obyvatelia MRK v ktorých pôsobia. 90% koordinátorov AOZ sú Rómovia.

za lokalitu. Každý KAOZ osobne kontroloval priebeh prieskumu v teréne a postupne zbieral od AOZ vyplnené dotazníky. Výsledky dotazníkov KAOZ nahrávali do elektronickej databázy a následne originál vyplneného dotazníka zasielali do ústredia organizácie, kde sú dotazníky archivované ako podklad k prieskumu.

Výskumnú vzorku sme sa rozhodli nastaviť na základe sociálno-ekonomickej stratifikácie matiek v MRK. Vzorka respondentiek za lokalitu sa skladala z 5 žien z najnižšej vrstvy obyvateľov, 10 žien zo strednej vrstvy a 5 žien z najvyššej vrstvy – každá AOZ pozná kontext a situáciu vo svojej MRK.

Dôležitou súčasťou procesu bola aj reflexia AOZ na priebeh a realizáciu zberu dát v teréne. Zaujímalo nás, ako AOZ pracovali s dotazníkmi, či zaznamenali problémy spojené s prípadnou neochotou klientok odpovedať na otázky v dotazníku, prípadne iné komplikácie v súvislosti s otázkami a porozumením obsahu.

Väčšina AOZ zdôraznila, že sa im pracovalo s dotazníkmi o dojčení pomerne dobre. Spomínali, že klienti nemali námietky a odpovedali na otázky pomerne ochotne. Otázky boli dobre sformulované a zrozumiteľné. AOZ potvrdili, že majú v teréne a vo svojich lokalitách vybudovanú dôveru. Odpovedať na otázky sa báli mladé mamičky, ktoré boli vo veku okolo 15 rokov, ale AOZ im vysvetlila, že dotazník je anonymný. Obavy v prípade veľmi mladých žien sú spojené s obavou z možných následkov. Niekoľko AOZ povedalo, že sa im s dotazníkom pracovalo dobre, všetkým otázkam rozumeli, keďže ony samy svoje deti dojčili.

Ako problém pri zbere informácií v teréne AOZ označili obavy klientov zo zneužitia osobných údajov. Veľa respondentiek chcelo na úvod vedieť, či dotazníkom zisťujeme aj veci spojené s príjmom, materiálnymi podmienkami v domácnosti, či je potrebné rodné číslo a ďalšie osobné údaje. Keď im AOZ vysvetlili, že dotazník sa zaoberá výlučne dojčením a nezisťujú nič iné, respondentky bez problémov odpovedali. V niektorých prípadoch, keď sa dotazník vyplňal s mladými ženami, bola ako podmienka spolupráce prítomnosť starej mamy (matky dievčata). Stávalo sa, že ak respondentky, najmä mladé, otázkam nerozumeli, AOZ ich preložili a vysvetlili podstatu otázky. Podľa informácií sa AOZ lepšie pracovalo so staršími respondentkami. V niektorých prípadoch respondentky na základe svojej skúsenosti z rodiny tvrdili, že umelá výživa je pre dieťa lepšia, lebo v noci dieťa lepšie spí. Po diskusii, ktorá sa odohrávala po vyplnení dotazníka, respondentky hovorili aj o tom, že nevedeli, že dojčenie je pre dieťa dôležité z hľadiska zdravia. V prípade veľmi mladých dievčat bolo problémom s dojčením aj to, že nemohli byť doma s dieťaťom, lebo chodili do školy. Veľa AOZ potvrdilo, že celkovo nemali problém, pretože v lokalite pôsobia dlhodobo a klientky k nim majú dôveru, a tak nemajú problém hovoriť aj o súkromných veciach.

Okrem zisťovania spätnej väzby AOZ na dotazník a prípadných problémov spojených s porozumením otázok sme chceli poznať aj priebeh dotazníkového zberu. Požiadali sme niekoľko AOZ, aby nám opísali priebeh aspoň jedného zisťovania dát v teréne. Na základe opisov je možné pochopiť, aké je dôležité

poznať ľudí a mať vybudovanú dôveru, ktorú nie je jednoduché získať nasadením vedeckých pracovníkov zvonka. Aj tu sa nám potvrdzuje, že základom úspechu akýchkoľvek aktivít je zapojenie cieľovej skupiny. Je to príležitosť uvedomiť si, aká je participácia cieľovej skupiny dôležitá a čo nám prináša. Zároveň sme si uvedomili, že ľudia žijúci v MRK majú veľa negatívnych skúseností z rôznych zisťovaní, prieskumov a iných aktivít, ktoré im nič nepriniesli, nič sa nezmenilo a niekedy im viac ublížili ako pomohli. Ich dôvera je minimálna a vždy sa potrebujú informovať o tom, ako budú informácie použité a či im to neublíži. V mnohých prípadoch museli AOZ respondentkám vysvetľovať, že nezbierajú žiadne osobné údaje, že dotazník je zameraný iba na dojčenie a je anonymný:

AOZ 1: *Vošla som, pozdravila som sa: „Mám na vás prosbu, mám dotazník o dojčení, môžem s vami dotazník vyplniť?“ Mamka povedala, či sa môže pozrieť, pozrela sa a hovorí: „Ty mi čítaj a ja ti budem odpovedať.“ So ženou bolo ľahšie komunikovať. Muž bol prítomný, ten sa pýtal, načo mi to je, kvôli čomu to je a či to nepoužijem dakde. Ja som vysvetlila, že nepotrebujem meno ani podpis a otázky sú o dojčení. Väčšinou rozprávala žena. Zvlášť muži sa báli, že tieto výsledky dakde použijem. Najväčší problém je to, že keď pýtate občianku, dátum narodenia, tak sa boja, kde to dám.*

AOZ 2: *S niektorými som nemala problém, ale oni ma natolko poznajú, že ja o nich viem všetko a oni vedea, že robím túto robotu a že sa na mňa môžu spoľahnúť. Začiatky boli ťažšie, ale teraz je to už ľahšie. A chcú si všetko prečítať a vidieť, dám im dotazník – ‚prečítaj si to, či s tým súhlasíš a keď nie, tak nie‘ – najprv sú vážni, a potom aj posrandujeme, a potom už nie je problém. Sú opatrní. Sociálne slabším treba viac vysvetliť. Jeden prípad som mala. Chlap mi hovorí: „Marína, načo to potrebuješ? A nerobíte také prieskumy, keď nás ženy týrajú? Keď nemôžem ísť ani von? Ani si podať športku, nič. Taký prieskum nemáš, že sú chlapi pod papučou?“ Ja hovorím, že hej, vybavím ti, keď chceš. Keď poznám svojich klientov a viem, ako s kým komunikovať, a oni poznajú mňa, tak sa dá urobiť pre nich veľa.*

AOZ 3: *Ja musím vedieť, ako na každého klienta ísť. Lebo keby som len čítala otázky, tak by som dostala otázky naspäť, ale ja idem na klientov inou taktikou, začnem sa ich pýtať: „Kolko máš detí? Máš malé deti? Ako ti bolo v pôrodnici?“ A debata sa rozvinie, samy sa otvoria a samy povedia.*

Ďalej sme sa zamerali na to, aby sme zistili, či respondentky porozumeli otázkam. Otázky boli formulované jednoducho, napriek tomu sme uvažovali, že by sa mohli vyskytnúť problémy s porozumením, a to napríklad v prípade, keď sme sa pýtali na výlučné dojčenie, teda dojčenie, pri ktorom bábätko nedostáva nič iné iba materské mlieko. Snažili sme sa zistiť, či asistentky boli schopné dostatočne objasniť a vysvetliť podstatu otázky. Pri otázke, ktorej cieľom bolo zistiť, ako bolo bábätko kŕmené v pôrodnici, asistentky vysvetlili, že otázku prekladali do rómčiny.

Vtedy ženy hovorili o tom, ako im dieťa v pôrodnici doniesli na dojčenie, a keď nemali mlieko, tak im dali fľašu, prípadne dávali deťom piť vodu s cukrom. Veľa žien sa sťažovalo na podmienky v pôrodniciach a prístup personálu. Pri tejto otázke sa vyskytli aj konkrétne informácie o tom, že v niektorých pôrodniciach mamičkám personál pomohol s dojčením, ukázal im, ako dieťa správne držať tak, aby pilo. Prípadne povedali, že dieťa bolo dojčené, ale nevedeli povedať, či dostávalo aj niečo iné, nakoľko dieťa stále pri sebe nemali.

3.3 Identifikované riziká a limity prieskumu

Zber informácií v teréne MRK prostredníctvom AOA predstavuje výnimočnú príležitosť dozvedieť sa viac o bežnom živote, starostiach, prioritách a vnímaní ľudí, ktorí žijú v najchudobnejších segregovaných lokalitách na Slovensku. Očakávali sme, že respondentky sa budú vedieť pri AOA viac uvoľniť a nebudú filtrovať informácie v snahe prikrášiť alebo priliepať realitu, pretože stále prítomná AOA realitu v lokalite, ako aj jej obyvateľov dôverne pozná.

Ako jeden z limitov tohto konkrétneho prieskumu vnímame to, že sme nezaškolili na dotazníkový zber priamo AOA, ale ich koordinátorov, cez ktorých sme s AOA komunikovali pri zadaní úloh. Pre nás je to cenná informácia, ktorá nám opäť potvrdila, že pri akomkoľvek prieskume v teréne treba venovať dostatok času príprave všetkých ľudí, ktorí zber informácií realizujú. A to nie len ohľadom otázok uvedených v dotazníku, ale zamerať sa treba aj na edukáciu, vysvetliť terminológiu a upozorniť na podstatné skutočnosti či kľúčové informácie, ktoré potrebujeme zistiť.

V dôsledku týchto skutočností sme museli viac ako 400 dotazníkov z celkového počtu 1756 vyradiť z hodnotenia. Do hodnotenia sme zaradili 1306 kompletne a správne vyplnených dotazníkov. Vyradené dotazníky boli vyplnené iba v niektorých otázkach, prípadne si odpovede na jednotlivé otázky dotazníka navzájom odporovali alebo údaje v nich neboli validné, napríklad sa chyby v dotazníkoch týkali zle zadaného veku najmladšieho dieťaťa. Otázka č. 2 v dotazníku bola zadaná nasledovane: Vek najmladšieho dieťaťa: (uviesť, či ide o vek v mesiacoch alebo rokoch). Stávalo sa, že sme vo vyplnených dotazníkoch nevedeli identifikovať, či ide o mesiace alebo roky. Základné zadanie dotazníka, ktoré sa týkalo všetkých otázok znelo, že otázky sa týkajú najmladšieho dieťaťa matky. V niektorých prípadoch sme dotazník nevedeli vyhodnotiť z dôvodu, že respondentka hovorila o viacerých deťoch a odpovede logicky nesedeli na profil jedného dieťaťa vo veku napríklad 1,5 roka.

Ďalším zistením je aj to, že sme dotazníkom nezískali informácie, ktoré sme pri bežnej komunikácii, v teréne či pri realizácii fókusovej skupiny počuli a týkali sa používania dokrmu alebo inej stravy dieťaťa popri dojčení. Dôvodov môže byť niekoľko. Problémy podľa nás vznikali kvôli neobjasnenej terminológii, ako

napríklad, čo znamená výlučne dojčiť. V odpovediach sme zámerne nerozpísali možnosti inej stravy, ale nechali sme respondentom možnosť na doplnenie odpovede. Prípadne respondentky nechceli odpovedať na konkrétne otázky, ktoré by mohli naznačovať, že dieťa nedokrmujú správne alebo že používajú nevhodné potraviny na dokrmovanie. V období, keď sme zber informácií v teréne realizovali, boli obyvateľom najchudobnejších oblastí SR rozdávané tzv. potravinové balíčky. V balíčkoch bolo okrem iného aj sušené sójové mlieko. Na základe podnetov z terénu v tomto období bolo zreteľné, že v mnohých lokalitách bolo sušené sójové mlieko používané vo veľkej miere ako náhrada dojčenia pre dojčatá. Prostredníctvom našej siete v teréne sme zaznamenali veľké množstvo podnetov, ktoré nám hovorili o zvýšení chorobnosti dojčiat, hnačkách, žalúdočných problémoch, bolestiach a krčoch. V dotazníkoch sa nám však túto skutočnosť zaznamenať nepodarilo.

3.4 Základné zistenia prieskumu

Na základe spracovania 1306 dotazníkov a paralelných dát získaných z rovnakého dotazníka v komunite žien, ktoré dostávajú pomoc a podporu pri dojčení od laktačných poradkýň MAMILY, sme dospeli k nasledovným zisteniam.

a. Úmysel dojčiť a dojčenie v pôrodnici

Respondentky v oboch skupinách uvádzali pred pôrodom vysokú mieru túžby dojčiť (MRK – 82,5 %; KMM – 97,97 %). Napriek tomuto percentu motivovaných respondentiek v oboch skupinách v pôrodnici výlučne (bez dokrmovania) dojčilo len 59,49% (MRK) a 48,92% (KMM) respondentiek. Už v pôrodniciach dojčí teda len približne polovica žien, ktoré sú pred pôrodom rozhodnuté dojčiť. Zároveň tento údaj popiera častý mýtus o tom, že ženy z MRK dojčia bez problémov a že dojčia všetky.

b. Dojčenie po príchode z pôrodnice

Prekvapivé výsledky priniesol prieskum v otázke, čo sa s dojčením deje po príchode domov z pôrodnice. Respondentky z komunity matiek, ktoré dostávali podporu pri dojčení, ktoré v pôrodnici nedojčili alebo mali s dojčením problém, po tom, čo dostali pomoc pri dojčení od laktačnej poradkyne, sa vracali k dojčeniu. Napriek tomu, že v pôrodnici dojčilo iba 48,92%, po 6. mesiaci ich po získaní pomoci s dojčením od laktačných poradkýň MAMILY dojčilo až 97,12%.

V MRK po 6 mesiacoch po pôrode dojčilo len 61,74% žien. Je teda pravdepodobné, že ak by dostali podobné poradenstvo ako skupina žien KMM, tak by bolo toto percento žien z MRK, ktoré dojčia po príchode z nemocnice, výrazne vyššie.

Respondentky z KMM dostali pomoc a v druhom, treťom a štvrtom mesiaci sa vracali k dojčeniu, aj keď v pôrodnici dokrmovali alebo nedojčili. Tento vzorec

sa v MRK nedial. Naopak, prejavovala sa tendencia k postupnému ukončovaniu dojčenia, a to už od druhého či tretieho mesiaca veku.

c. Dokrmovanie

Deti vo veku 2 mesiace v MRK vo viac ako 30% dostávali čaj alebo vodu a v 32% dostávali umelé mlieko.

V prvých 6 mesiacoch zároveň 70,21% respondentiek z MRK používalo fľašu v porovnaní s 20,08% v KMM.

Problémy s dojčením uvádza v MRK 33,54% respondentiek, v KMM 67,22%, pričom tento rozdiel pravdepodobne súvisí s mierou povedomia o tom, čo predstavuje problém s dojčením, a s očakávaním, že ho je možné riešiť. V oboch skupinách zhodne všetky respondentky, ktoré vnímali, že majú problém s dojčením, uvádzali, že by uvítali pomoc s dojčením (MRK – 30,63%; KMM – 66,58 %). Avšak v pôrodnici dostalo pomoc s dojčením v prípade MRK len 50,61% a v KMM len 39,64% respondentiek.

d. Závery, odporúčania a prax

V oboch skupinách žien sa objavuje záujem dojsť. Problémy s dojčením a dokrmovanie sa pri značnom percente žien vyskytuje už v pôrodnici. Ako sme zistili, ženám je možné efektívne pomôcť prekonať problémy s dojčením a umožniť im tak dojsť dlhodobo. Navyše o takúto pomoc majú obe skupiny záujem. V prípade žien z MRK je však podpora dojčenia priamo v lokalite nedostupná. V teréne sme neevidovali činnosť laktačných poradkýň, a to aj napriek tomu, že sú tieto služby verejne dostupné. Priestorová segregácia v kombinácii s medzigeneračnou chudobou, sociálnym vylúčením a diskrimináciou vytvárajú reálne bariéry a obmedzujú prístup k službám a informáciám.

4. Využitie výsledkov prieskumu

Na základe výstupov z prieskumu o dojčení sa Zdravé regióny v spolupráci s o. z. MAMILA rozhodli túto situáciu zmeniť a umožniť ženám z MRK dosiahnuť maximálny možný zdravotný a sociálny potenciál, ktorý dojčenie v prvých rokoch života poskytuje.

Na základe tohto výskumu a zároveň aj na základe podnetov AOA sme sa v spolupráci s o. z. MAMILA v roku 2018 rozhodli spustiť základné školenie pre všetkých 264 AOA. Vzdelávacie aktivity prebiehali v období od 23. 4. až 8. 6. 2018. Išlo o základný 24-hodinový vzdelávací blok určený pre všetkých AOA. Hlavnými témami bolo reprodukčné zdravie ženy, tehotenstvo, pôrod, popôrodná starostlivosť, starostlivosť o novorodenca, dojčenie, zavádzanie príkrmov, kontakt koža na kožu, nosenie bábätká, bezpečný spánok bábätká a ďalšie. AOA dostali aj pomôcky na realizáciu intervencií zameraných na podporu dojčenia, a to knihu Praktický návod na dojčenie a terénne karty.

Vzdelávacie aktivity, ktoré realizujeme, vnímame dlhodobu ako jeden zo základných pilierov úspechu našich aktivít. Vzdelávanie je kľúčom k motivácii, spolupatričnosti a vedie k zvýšeniu kvality poskytovaných služieb. Výberom správnych tém vzdelávania búrame bariéry v prístupe k zdravotným informáciám a službám a tiež ovplyvňujeme so zdravím súvisiace správanie. Vzdelávanie by nebolo úspešné, ak by sme nemali odborných garantov a lektorov, ktorí sú v danej téme odborníci, ich prístup k vzdelávaniu našej cieľovej skupiny je proaktívny a s veľkou dávkou otvorenosti, ochotou spolupracovať, vnímať a počúvať druhú stranu.

V rámci zisťovania informácií o vzdelávacích aktivitách a o použiteľnosti získaných zručností v praxi sme zistili, že AOZ sú na svoju prácu hrdé a veria tomu, čo robia, lebo vidia výsledky v podobe príbehov konkrétnych ľudí, ktorým pomohli. AOZ podrobne opisovali, ako prebiehala komunikácia s klientkami, ako klientky reagujú, opisovali obavy, hnev, neistotu. Ako sa snažia informácie o dojčení a starostlivosti o novorodenca podať tak, aby klientky zmenili svoj postoj k dojčeniu a v konečnom dôsledku postoj voči nim ako poradkyňiam. Opisovali tiež, ako reagovali na tému dojčenia muži, ako sa im darilo alebo nedarilo obhajovať zmysel nielen dotazníka, ale dojčenia ako takého. AOZ opisovali situácie, s ktorými sa stretávajú, a čo všetko sa im darí, ako sa snažia, ako hľadajú riešenia, aby klientovi nielen pomohli, ale aby sa k nemu vôbec dostali a klienti boli ochotní ich počúvať. Ich energia, postoj voči samotnej práci ako poslaniu prináša jeden zaujímavý fakt, a to ako sa mení situácia a postoj žien a rodín voči dojčeniu.

Prostredníctvom siete AOZ postupne menia generačné stereotypy o dojčení a prístupe k dojčeniu v MRK. Mladé ženy opisujú, ako ich stará mama a ich mama používali umelú výživu. Mladé ženy po intervencii od našich asistentiek porozumeli skutočnému významu a dôležitosti dojčenia nielen pre matku samotnú, ale aj pre dieťa, pre zdravie oboch. Informácie, ktoré sprostredkovávajú AOZ, postupne prijímajú aj staršie generácie (babky a matky mladých dievčat). Ide o veľmi významnú a dôležitú zmenu. Táto zmena by nebola možná, ak by AOZ neporozumeli skutočnému významu a dôležitosti dojčenia.

Po každej vzdelávacej aktivite vyhodnocujeme spokojnosť AOZ so vzdelávaním a pýtame sa AOZ, či sa dozvedeli niečo nové a čo pokladajú za najdôležitejšiu informáciu.

Zatiaľ najlepšie hodnotenie na vzdelávacie aktivity sme od AOZ dostali na blok vzdelávania zameraného na tému dojčenie a starostlivosť o novorodenca. Všetci frekventanti a frekventantky potvrdili, že dostali informácie a zručnosti, ktoré budú vedieť uplatniť v praxi. Množstvo z nich odpovedalo, že pre nich bolo zaujímavé úplne všetko, čo sa na školení dozvedeli. Ako veľmi pozitívny vnímame fakt, že na školení boli mimoriadne aktívni aj AOZ – muži, pre ktorých boli informácie rovnako zaujímavé ako pre asistentky. Spätná väzba na školenie sa častokrát týkala toho, že AOZ sa dozvedeli niečo nové, prípadne získali nový pohľad na realitu a dostali možnosť riešiť problém. Veľa z nich nepoznalo

význam dojčenia. Nevedeli, že sa dá žene pomôcť. Často si mysleli, že s tým, že žena hovorí, že nemá mlieko, sa nedá nič robiť. Nevedeli o polohách pri dojčení, správnom prisatí, možnostiach zvýšiť príjem materského mlieka, odstriekavaní mlieka či o pití mlieka z pohárika a ďalších skutočnostiach, ktorými môžu ženám pomôcť.

4.1 Ako vedia AOZ informácie využiť v praxi

Po realizácii vzdelávacích aktivít sme zisťovali, ako AOZ využívajú nadobudnuté informácie v praxi. Uskutočnili sme niekoľko návštev v teréne a boli sme prítomné pri realizácii aktivít zameraných na dojčenie. Zistili sme, že AOZ sa téme dojčenia venujú veľmi často. V niektorých prípadoch sa AOZ venuje téme dojčenia aj pri tehotných ženách a pripravuje ich nielen na pôrod v nemocnici, ale aj na dojčenie. Vysvetlí im význam dojčenia pre dieťa aj pre matku a podporí ich v rozhodnutí dojsť. Spolu s AOZ sme boli s klientkou, ktorá po intervencii našej AOZ začala dojsť svoje štvrté dieťa napriek tomu, že predchádzajúce tri deti nedojčila. Vieme o tom, že AOZ pri podpore preventívnych zdravotných programov v spolupráci s lekármi využívajú čas strávený v čakárni u detskej lekárky tak, že poskytujú základné poradenstvo o dojčení. Pomôžu matke upraviť polohu a prisatie bábätka, ukážu im, ako poznať, že bábätko pije mlieko, a prípadné problémy konzultujú s pediatričkou priamo v ambulancii. Nadobudnuté poznatky vedia využiť nielen teoreticky, ale aj prakticky. Niektoré AOZ podávajú poradenstvo veľmi aktívne, a to nie len formou informácií podaných ústne, ale vedia aktívne pomôcť matke upraviť polohu bábätka pri dojčení, skontrolovať, či bábätko pije, poradiť a ukázať matke, ako stláčať prsník, ukázať jej polohy pri dojčení v sede či v ľahu. AOZ nám v rámci odbornej supervízie porozprávali, čo najčastejšie robia a ako využívajú svoje znalosti. Hovorili, že najčastejšie upravujú polohu a prisatie bábätka pri dojčení. Požadujú klientku, aby im ukázala, ako dieťa drží, vysvetľujú im, že dostatok mlieka závisí od toho, že žena bude výdatne dojsť vždy, keď o to bábätko prejaví záujem. Zaznamenávajú prvé úspechy a pozitívnu spätnú väzbu od svojich klientiek. Využívajú všetko, čo sa naučili a pri práci používajú aj pomôcky ako terénne karty a knihu Praktický návod na dojčenie, ktorá obsahuje množstvo fotografií a vysvetlení.

AOZ nám opísali, ako najčastejšie prebieha osвета na tému dojčenie:

AOZ: Ja robím osvetu takto: „Uprav polohu, takto drž, je lepšie bábätko aj brať na ruky, prečo nespí pri tebe?!“ Najviac ich povzbudzujem, aby deti dojsli, mlieko sa bude tvoriť, keď žena dojsť viac. „Ukáž ako dojsť ty, ako prikladáš malé.“ Upravila som jej polohu, nos nemôže byť zaborený, musí dýchať, upravila som prisatie, matku som informovala, kedy bábätko pije a kedy nie. Povedala mi, že je dobré, že chodím na také školenia, lebo že už štvrté dieťa má a toto nevedela.

AOZ: *Keď príde matka z pôrodnice, tak ju navštívim a pýtam sa jej, ako sa má, či je v poriadku, či niečo nepotrebuje, aký mala pôrod, ako sa má bábo, či má mlieko, či dieťa plače, ako často plače, či má výsledky z vyšetrení v poriadku. Prečítam si správu, či tam nie sú odporúčania pre matku. Keď dojčí, tak chcem vidieť, ako dojčí, či má dobrú polohu, poviem jej všetky výhody dojčenia a snažím sa ju motivovať k dojčeniu a odsávaniu mlieka, poviem, prečo je to dobré, na čo je mlieko dobré.*

AOZ: *Klienti reagujú dobre, a niekedy sa ma pýtajú, čo sme mali na školení, lebo každý je zvedavý. Tak im rozprávam, že dojčenie je lepšie ako umelé mlieko. Ja idem za nimi, už napríklad viem, kto ide rodiť, tak už im hovorím, že dojčiť je lepšie, niekedy si ich už vopred pripravím.*

Ďalšia AOZ opísala svoju prácu takto:

Ja idem za nimi, ukazujú mi, že dojčia, ja im radím. Niektoré vedia, niektoré nie, niekto zas chce dojčiť, niekto nie. Hovorí mi, že mám skúsenosti, keď som dojčila, a ja poviem, že keď ja som to zvládla, zvládnú to aj ony, napr. chodím 3–4 dni k mamičke a hovorím, že treba lepšie prisáť a bábätko začne piť, a mlieko sa začne tvoriť.

Ďalší príklad osvetovej aktivity uviedla AOZ takto:

Niekedy mi dá vedieť aj sestrička, spolupracujem aj s terénnou sociálnou pracovníčkou, chodím aj ja k rodinám a pýtam sa, koľko priberá dieťa, či dieťa plače, atď., a potom im začnem radiť: „Neboj sa budeš mať mlieko, musíš dať dieťa viac k prsníku, ako vieš že nemáš mlieko?“

Pozitívnych príkladov dobrej praxe zaznamenávame veľa. Aj na základe frekvencií využívania intervencií na túto tému sme sa rozhodli, že v rámci NP Zdravé komunity v spolupráci s o. z. MAMILA vyškolíme aj certifikované laktačné poradkyne pre MRK. Ide o historicky prvé laktačné poradkyne, ktoré budú pôsobiť v prostredí MRK na Slovensku a ktoré sú Rómky žijúce a pôsobiace v týchto komunitách, pričom ich prácu navyše sprevádza pravidelná supervízia.

Každej oblastnej skupine⁸, ktorá pôsobí v teréne zdravých regiónov, sme ponúkli možnosť vyškolenia jednej AOZ certifikovaným kurzom o. z. MAMILA – laktačná poradkyňa. Naším spoločným cieľom je, aby v každej oblastnej skupine bola certifikovaná laktačná poradkyňa, ktorá bude môcť poskytovať profesionálne poradenstvo nielen vo svojej komunite, ale v rámci celej oblastnej skupiny, čiže aj v geograficky blízkyh komunitách. Na základe úspešného zvládnutia

⁸ Oblastná skupina je 10 až 11 AOZ z geograficky blízkyh lokalít pod vedením koordinátora

záverečných skúšok a testov v máji 2019 sa prvých šesť žien z MRK stalo prvými oficiálnymi kvalifikovanými laktačnými poradkyňami pôsobiacimi v MRK na Slovensku a ďalšie si túto kvalifikáciu postupne budú dopĺňať.

5. Záver

Tento participatívny prieskum teda ukázal, že skúmané skupiny žien majú záujem dojsť. Pri skupine žien, ktoré žijú v majorite a využívajú dostupné služby, napr. aj laktačné poradenstvo, sa potvrdil náš predpoklad, že vďaka tomuto poradenstvu dokážu prekonať problémy pri dojčení a dlhodobo dojsť. Pri skupine žien, ktoré žijú v MRK sme zistili, že množstvo riešiteľných problémov pri dojčení končí odstavením dieťaťa a prechodom na umelú výživu. Napríklad rôzne zdravotné problémy matky, ktoré nemajú vplyv na množstvo a kvalitu materského mlieka, sa často riešia prikrmovaním detí a používaním umelej výživy, v dôsledku čoho výrazne klesá počet matiek v MRK, ktoré dojsia.

Záver prieskumu nám ukázali, že má zmysel realizovať aktivity zamerané na vyškolenie laktačných poradkýň ktoré budú pôsobiť v prostredí MRK. Prvé správy od vyškolených laktačných poradkýň, ako aj z realizácie intervízie v teréne, poukazujú na to, že podpora dojčenia v MRK je žiadaná, využívaná a má zmysel. Veríme, že aj prostredníctvom týchto malých krokov a úspechov, s aktívnym zapojením a participáciou Rómov a Rómiek z marginalizovaných komunit, dokážu tieto aktivity pozitívne ovplyvniť zdravie ohrozených skupín obyvateľstva, keďže zdravie ohrozených skupín je kľúčom k zdraviu celej spoločnosti.

Literatúra

- Aune, D., Norat, T., Romundstad, P., Vatten, L. J. 2014. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 24 (2): 107–115.
- Bojko, M., Hidas, S., Machlica, G., Smatana, M. 2018. *Inklúzia Rómov je potrebná aj v zdravotníctve. Pohľad na výsledkové indikátory zdravia Rómov cez administratívne dáta*. Bratislava: Inštitút finančnej politiky. Dostupné z: <https://www.finance.gov.sk/sk/financie/institut-financnej-politiky/publikacie-ifp/komentare/komentare-z-roku-2018/23-inkluzia-romov-je-potrebna-aj-zdravotnictve-december-2018.html> [cit. 2019-03-15].
- Brown, K. H., Stallings, R. Y., de Kanashiro, H. C., Lopez de Romaña, G., Black, R. E. 1990. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *The American Journal of Clinical Nutrition* 52 (6): 1005–1013.
- Dewey, K. G., Brown, K. H. 2003. Update on Technical Issues Concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs. *Food Nutrition Bulletin* 24 (1): 5–28.
- Európska komisia. 2017. Health Equity Pilot Project: Case Study Romania - Protection of Breastfeeding for the Health of Infants and Young Children Especially in Vulnerable Families. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/hepp_case-studies_03_en.pdf [cit. 2018-10-23].
- Exavery, A., Kanté, A. M., Hingora, A., Phillips, J. F. 2015. Determinants of early initiation of breastfeeding in rural Tanzania. *International Breastfeeding Journal* 10 (1): 27.
- Grummer-Strawn, L. M., Mei, Z. 2004. Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 113 (2): e81–86. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14754976>. [cit. 2018-07-26].
- Haider, R., Ashworth, A., Kabir, I., Huttly, S. R. A. 2000. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: A randomised controlled trial. *The Lancet* 356 (9242): 1643–1647.
- Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G., Plagemann, A. 2005. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology* 162 (5): 397–403.

- Chapman, D. J., Damio, G., Young, S., Pérez-Escamilla, R. 2004. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158 (9): 897–902.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J. et al. 2015. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Acta Paediatrica* 104 (S467): 96–113.
- Kushwaha, K., Sankar, J., Sankar, M. J., Gupta, A., Dadhich, J. P., Gupta, Y. P., Sharma, B. 2014. Effect of peer counselling by mother support groups on infant and young child. *PLoS One* (9): e109181.
- Morrow A.L. et al. 1999. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 353 (9160): 1226–31.
- Newman, J. 1990. Breastfeeding Problems Associated with the Early Introduction of Bottles and Pacifiers. *Journal of Human Lactation* (6): 59–63.
- Newman, J. 1992. Establishing Breastfeeding: Starting off Right. *Canadian Journal of Pediatrics* (4): 55–60.
- OECD. 2018. *OECD Economic Surveys: Slovak Republic 2019*. Paris: OECD Publishing. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/eco_surveys-svk-2019-en [cit. 2019-03-15].
- Paintal, K., Aguayo, V. M. 2016. Feeding practices for infants and young children during and after common illness. Evidence from South Asia. *Maternal and Child Nutrition* 12: 39–71.
- Pochová, D., Timurová, M., Kovaľ, J. 2011. *Vplyv dojčenia na zdravie detí*. Prešov: Klinika pediatrie.
- Prentice, A. M., Paul, A. A. 2000. Fat and energy needs of children in developing countries. *The American Journal of Clinical Nutrition* 72 (5): 1253–1265.
- Rollins N. C. et al. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 387: 491–504.
- Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R. et al. 2015. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 104 (S467): 3–13.
- Shakya, P., Kunieda, M. K., Koyama, M., Rai, S. S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., Jimba, M. 2017. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 12 (5): e0177434.
- Sinha B. et al. 2015. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis. *Acta Paediatrica* (104): 114–34.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2016. *The State of the World's Children 2016 – A fair chance for every child*. New York: UNICEF. Dostupné z: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf [cit. 2019-03-08].

- WHO. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO. Dostupné z: http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_eng.pdf. [cit. 2019-05-01].
- WHO. 2014. *Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition*. Geneva: WHO, dostupné z: <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/> [cit. 2019-05-01].
- WHO. 2015. *The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Survive, thrive transform*. Geneva: WHO. Dostupné z: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf> [cit. 2019-05-12].
- WHO. 2017. *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children*. Geneva: WHO. Dostupné z: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf?ua=1 [cit. 2018-10-23].
- WHO. 2018. *Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices*. Geneva: WHO.
- WHO, UNICEF. 2018. *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. Dostupné z: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/> [cit. 2019-05-03].