

AKREDYTACJA



Publikacja naukowa 5 pkt
Index Copernicus 55.36 pkt

Nr 4 (60) 2022

ISSN 1898-6862 | Kwartalnik
Cena 30 PLN (w tym 8% VAT)

POŁOŻNA

NAUKA I PRAKTYKA



**Praktyczne elementy
wsparcia laktacji**
– dzisiejsze wyzwania
w świetle standardu
okołoporodowego

ISSN 1898-6862



9 771898 686225 04

www.pozozna.pzwl.pl



BEBILON 2
Nr 1
W POLSCE
REKOMENDOWANY
PRZEZ
PEDIATRÓW*

Każde dziecko to inna historia

KIEDY KARMIEŃ PIERSIĄ NIE JEST MOŻLIWE	CESARSKIE CIĘCIE	PO KARMIEŃ PIERSIĄ	DOLEGLIWOŚCI TRAWIENNE	ALERGIA

Portfolio produktów odpowiadających na różne potrzeby niemowląt

* Wśród milk następných, na podstawie badania przeprowadzonego przez Kantar Polska S.A. w lutym 2020.

Ważne informacje: Karmienie piersią jest najważniejszym i najtańszym sposobem żywienia niemowląt oraz jest rekomendowane dla małych dzieci wraz z urozmaiconą dietą. Mleko matki zawiera składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka oraz chroni je przed chorobami i infekcjami. Karmienie piersią daje najlepsze efekty, gdy matka prawidłowo odżywia się w ciąży i w czasie laktacji oraz gdy nie ma miejsca nieuzasadnione dokarmianie dziecka. Przed podjęciem decyzji o zmianie sposobu karmienia matka powinna zasięgnąć porady lekarza.

Bebilon Comfort 2 to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w przypadku kolki i/lub zaparcia. Do stosowania pod nadzorem lekarza. **Bebilon pepti Syneo 2** to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w przypadku alergii pokarmowej na białka mleka krowiego. Postać łagodna i umiarkowana. Do stosowania pod nadzorem lekarza.

Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje w dziedzinie medycyny, żywienia lub farmacji.

Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa, www.akademibebilon.pl

Praktyczne elementy wsparcia laktacji – dzisiejsze wyzwania w świetle standardu okołoporodowego

*Practical elements of lactation support – real challenges in
the light of the perinatal standard*

Agnieszka Piątkowska¹, Wioletta Cedrowska-Adamus²

¹Klinika Neonatologii, Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, Bank Mleka Kobięcego, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi,

²Klinika Neonatologii, Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Streszczenie

Karmienie piersią jest optymalnym sposobem żywienia noworodka. Aktywne wsparcie kobiety oraz jej rodziny warunkuje lepszą motywację matek w pokonywaniu wyzwań związanych z laktacją, a także wpływa na dłuższy czas żywienia mlekiem kobiecym. W artykule przedstawiono praktyczne aspekty wsparcia kobiety w okresie laktacji, omówiono istniejące bariery, sposoby ich pokonywania oraz elementy edukacji personelu medycznego dotyczące karmienia naturalnego w świetle obowiązującego w Polsce standardu okołoporodowego.

Słowa kluczowe

karmienie naturalne, noworodek, wsparcie laktacyjne

Summary

Breastfeeding is the optimal way to feeding a newborn baby. Active support of a woman and her family determines better motivation of mothers in overcoming challenges related to lactation and also affects the longer duration of breast milk feeding. The article presents the practical aspects of supporting a lactating woman, discusses the existing barriers, ways of overcoming them and the elements of education of medical personnel regarding natural feeding in the light of the perinatal standard applicable in Poland.

Key words

newborn, natural feeding, lactation support

TŁO

Karmienie piersią/mlekiem kobiecym dziecka jest niekwestionowanym prawem zarówno matek, jak i ich dzieci. Należy dołożyć wszelkich starań, aby promować i utrzymać wyłączone karmienie piersią do 6. miesiąca życia oraz kontynuować je do ukończenia przez dziecko 2. roku życia. Wczesne zaprzestanie karmienia piersią niesie ze sobą poważne, negatywne skutki zdrowotne i społeczne dla kobiet, dzieci, społeczeństwa oraz środowiska naturalnego. Przyczyniają się również do zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia [1]. Szacuje się, iż

każdego roku powszechne karmienie piersią mogłoby zapobiec 823 000 zgonów dzieci poniżej 5. roku życia i 20 000 zgonów kobiet z powodu raka piersi [2].

Istnieje wiele programów mających na celu wspieranie żywienia noworodków i niemowląt mlekiem matki. Są to programy o zasięgu globalnym, takie jak Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci (WHO 2002) czy Inicjatywa WHO i UNICEF „Szpital Przyjazny Dziecku” (zainicjowany w Polsce przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią w 1991 roku). W 2014 roku powstał w naszym kraju „Program

wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego", w 2019 roku wprowadzono Standard opieki okołoporodowej (SOO).

Położne/pielęgniarki to grupa zawodowa, która towarzyszy kobietom w okresie przedporodowym, poporodowym i po wypisie ze szpitala. Zgodnie ze Standardem opieki okołoporodowej położna jest odpowiedzialna za rozpoczęcie, kontynuację laktacji i wsparcie laktacyjne.

WSPARCIE W LAKTACJI

Na decyzję matki dotyczącą karmienia piersią ma wpływ wiele czynników na poziomie indywidualnym, rodzinnym, społecznym i organizacyjnym opieki zdrowia. Wiele czynników pojawiających się po porodzie może zaburzyć proces karmienia naturalnego i przyczynić się do skrócenia czasu jego trwania. Stres, zmęczenie, choroby matki lub dziecka, separacja od noworodka, opóźnione pierwsze karmienie, nieumiejętne lub niewystarczające działania personelu medycznego w opiece nad położnicą generują problemy z karmieniem piersią oraz zmniejszają motywację matki. Wsparcie laktacyjne to złożony system interwencji, od wsparcia informacyjnego, praktycznego, emocjonalnego do społecznego. Podejmowane interwencje w szpitalu są efektywne, gdy stosuje się podejście łączące kilka aspektów: szkolenie personelu, korzystanie z pomocy konsultanta laktacyjnego lub doradcy w zakresie karmienia piersią, zapewnienie personelowi i pacjentom informacji na piśmie oraz pielęgnacja noworodka w systemie rooming-in [1]. Przegląd Cochrane [2] potwierdza dowody na to, iż udzielone wsparcie ma korzystny wpływ na wzrost liczby kobiet, które kontynuują karmienie piersią dłużej niż 6 miesięcy. Położna edukator do spraw laktacji udziela profesjonalnego, podstawowego wsparcia laktacyjnego w opiece nad położnicą i noworodkiem, które obejmuje: ocenę czynników ryzyka i niepowodzenia laktacji, działania oparte na dowodach naukowych służące rozwiązywaniu problemów w karmieniu piersią, ocenę budowy jamy ustnej noworodka, jego odruchów, umiejętności ssania piersi, edukację w zakresie techniki karmienia, prawidłowego postępowania w laktacji, ocenę dobowych wskaźników skuteczności karmienia, interwencje w częstych, prostych, niezłożonych problemach z karmieniem dziecka. Profesjonalne

wsparcie i poradnictwo laktacyjne mogą być kluczowe dla rozpoczęcia i kontynuacji karmienia piersią oraz kształtowania pozytywnych postaw wobec tego sposobu karmienia [3].

EDUKACJA PERSONELU MEDYCZNEGO – PODSTAWĄ PROFESJONALNEGO WSPARCIA KOBIET KARMIAĄCYCH

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na osoby pracujące w ochronie zdrowia obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności, a także gwarantuje prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Realizowanie profesjonalnego, opartego na dowodach EBM (ang. *evidence-based medicine*), wsparcia laktacji i rozwiązywania problemów w karmieniu piersią wymaga, aby cały personel medyczny mający bezpośredni kontakt z matką i dzieckiem był objęty kursami szkoleniowymi. W szpitalach powinien istnieć plan szkoleń laktacyjnych dla personelu. Za organizację szkoleń odpowiada Dyrekcja szpitala, dysponująca wykwalifikowanym personelem do realizacji tego zadania [4]. Szpitale powinny posiadać spisane zasady i procedury sprzyjające karmieniu piersią, dostępne dla każdego pracownika, a także rodziców. Oprócz tego pracownicy ochrony zdrowia powinni być motywowani do uczestnictwa w zaawansowanych kursach dotyczących karmienia piersią i fizjologii laktacji tak, aby mogli osiągnąć możliwie najwyższe kompetencje zawodowe odnośnie do praktyki w tej dziedzinie [1]. Podstawowa wiedza o laktacji powinna odpowiadać II poziomowi. Dla położnych zalecany jest kurs specjalistyczny Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji (zajęcia teoretyczne – 56 godzin, zajęcia praktyczne – 28 godzin). Centrum Nauki o Laktacji od 2006 roku prowadzi kursy Problemy w laktacji – jest to 123-godzinny kurs doksztalający dla położnych, pielęgniarek, które zamierzają prowadzić profesjonalne poradnictwo laktacyjne na poziomie III specjalistycznym i uzyskać Certyfikat Doradcy Laktacyjnego (CDL) lub Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego (IBCLC). Brak wiedzy skutkuje tym, że matki i ich rodziny nie otrzymują jednolitych i wyczerpujących, opartych na dowodach naukowych, informacji na temat prawidłowego rozpoczynania

i przebiegu laktacji, a także ryzyka wczesnego wprowadzania żywienia sztucznymi mieszankami. Brak umiejętności praktycznych wśród personelu uniemożliwia skuteczne instruowanie matek w zakresie techniki karmienia i odciągania pokarmu. Obserwuje się przy tym niewłaściwe postawy personelu – podawanie w wątpliwą kompetencji matki w zakresie laktacji lub opieki nad dzieckiem [4]. Wśród barier utrudniających opiekę laktacyjną położne najczęściej wymieniają: bariery organizacyjne, edukacyjne oraz bariery wynikające z postawy wobec karmienia piersią [5]. **Wykazano w wielu badaniach, że odbywanie szkoleń poświęconych laktacji i zdobywanie umiejętności praktycznych w zakresie technik karmienia i odciągania pokarmu nie tylko podnosi wiedzę personelu, ale też poprawia wskaźniki karmienia piersią oraz wskaźniki zdrowotne** [4].

PRAKTYCZNE ELEMENTY WSPARCIA REALIZOWANE W PIERWSZYCH DOBACH PO PORODZIE

Od czego zacząć?

Zgodnie ze Standardem opieki okołoporodowej „**bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku kontakt skóra do skóry (SDS) trwający nieprzerwanie dwie godziny**”. W tym czasie należy zachęcać matkę do przystawienia dziecka do piersi. SDS zdefiniowano jako ułożenie nagiego noworodka w pozycji na brzuchu, w pieluszcze i czapce, na nagiej klatce piersiowej matki (między piersiami), przykryte ciepłym kocem. W tym czasie należy dokonać oceny stanu noworodka, a wszelkie inne czynności pielęgnacyjne, badania należy wykonać później. W przypadku porodu zabiegowego, gdy odroczone SDS, pierwsze karmienie powinno odbyć się jak najszybciej [6]. Z raportu kontroli NIK przeprowadzonej w latach 2013–2015 w jednej z kontrolowanych placówek personel uczestniczący w porodach wiadomo, że bezpośrednio po porodzie niemowlęta są kładzione na piersiach matki, a czas przebywania w takiej pozycji trwa do jednej godziny, ponieważ zachodzi obawa wyziębienia dziecka [7]. SDS jest silnym stymulantem nerwu błędnego poprzez bodźce czuciowe, takie jak: dotyk, ciepło i zapach, co m.in. uwalnia matczyną oksytocynę. Oksytocyna powoduje wzrost

temperatury skóry piersi matki, zapewniając ciepło noworodkowi. Badanie termografii w podczerwieni całego ciała podczas pierwszej godziny po urodzeniu potwierdza, że SDS było tak samo skuteczne jak promienniki ciepła w zapobieganiu tracenia ciepła u zdrowych noworodków urodzonych o czasie [8]. Kangurowanie ma pozytywny wpływ na proces laktacji i możliwości karmienia piersią, na wczesne karmienie piersią bez konieczności stosowania alternatywnych technik karmienia, na wydłużenie okresu karmienia, zwiększenie liczby wytwarzanego pokarmu na dobę. Im dłuższy czas kangurowania (zaleca się, by jedna sesja trwała 60 min), tym bardziej widoczne są korzyści z takiego sposobu pielęgnacji. Znaczący korzyści z kangurowania, w przypadku gdy matka z powodów medycznych nie może realizować SDS, takie zadanie powinno być zaproponowane ojcu dziecka. Pozwala to na nawiązanie więzi ojca z noworodkiem i skolonizowanie noworodka bakteriami rodzinnymi. W przypadku konieczności oddzielenia dziecka od matki zadaniem położnej/pielęgniarki jest pozyskanie siary i podanie jej dziecku, a w dalszym postępowaniu wdrożenie inicjacji laktacji przez odciąganie mleka. Gdy kontakt matki i dziecka będzie już możliwy, należy zachęcić do kontaktu skóra do skóry, tzw. „opóźniony kontakt skóra do skóry”, który również daje noworodkowi i jego matce liczne korzyści. W ciągu 2 pierwszych godzin po porodzie noworodek jest aktywny i odruch szukania jest bardzo silny. Następnie od 2 do kilku godzin po porodzie następuje okres obniżonej aktywności noworodka. Badania nad zachowaniem noworodka po porodzie pokazują, że przed pierwszym uchwyceniem piersi i ssaniem piersi noworodek używa aktywnie swoich rąk i dłoni, aby znaleźć i pobudzić pierś matki. Zauważono, że po 6 minutach od porodu noworodek otwierał oczy, wodził wzrokiem po twarzy matki i otocze piersi. Po 11 minutach noworodek rozpoczynał ruchy rąk i otwartych dłoni. Rytmiczne masowanie piersi matki trwało aż do czasu karmienia [9]. Takie działanie powoduje wyrzut oksytocyny, a to przekłada się na wyrzut mleka i interakcję matka-dziecko. U noworodka kontakt skóra do skóry wpływa na obniżenie poziomu kortyzolu w ślinie, czyli redukcję stresu [10]. Przypuszcza się, że SDS po porodzie pozwala noworodkowi na przejście

przez 9 faz behawioralnych: krzyku porodowego, relaksacji, przebudzenia, aktywności, raczkowania, odpoczynku, zaznajomienia się, ssania i spania, skutkuje to wczesną samoregulacją stanu noworodka [11].

Pierwsze karmienie

Noworodki są w stanie samodzielnie uchwycić pierś i skutecznie ssać, jeśli pozwala się im na ciągły nieprzerwany kontakt skóra do skóry z matką przez 2 godziny po urodzeniu. Badania potwierdzają, że ułożenie noworodka w kontakcie skóra do skóry, tak aby podbródek dziecka dotykał piersi, wywołuje odruch szerokiego otwarcia ust i pozwala na prawidłowe uchwycenie piersi [12]. Pierwsze karmienie w kontakcie SDS może odbywać się w pozycji biologicznej (ang. *laid-back-breastfeeding*). Zapobieganie separacji matki i noworodka po porodzie, z wyjątkiem ważnych wskazań medycznych, jest podstawową praktyką bezpiecznego i zdrowego rozwoju karmienia piersią.

Smutek poporodowy i stres matki

Po porodzie wiele kobiet cierpi na łagodniejsze zaburzenie nastroju zwane „smutkiem poporodowym”. Karmienie piersią jest czynnikiem ochronnym w przypadku poporodowych wahań nastroju. Niektóre efekty hormonalne związane z laktacją mogą mieć ochronny wpływ na zdrowie psychiczne, m.in. przeciwdepresyjne i przeciwłękowe działanie oksytocyny i prolaktyny [14]. Karmienie piersią poprawia dobrostan psychiczny matki także poprzez

regulację wzorców snu i czuwania matki i niemowlęcia [15]. Karmienie piersią angażuje matkę w opiekę nad dzieckiem, buduje więź między matką a dzieckiem. Wydaje się, że kobiety nie są przygotowane do wyzwań związanych z karmieniem piersią. Wynika to z nierealistycznego przedstawiania karmienia piersią jako naturalnego, co prowadzi do błędnego przekonania, że jest to zachowanie instynktowne/łatwe [16]. Wiemy, że profesjonalne wsparcie udzielane przez personel medyczny zwiększa poczucie własnej skuteczności w karmieniu piersią oraz że poczucie własnej skuteczności karmienia piersią jest czynnikiem, który można modyfikować [17]. Postawa ojca dziecka należy także do czynników wpływających na poziom poczucia własnej skuteczności matek (pewności siebie). Ale też w przypadku pojawiających się problemów w karmieniu piersią ojciec dziecka, widząc zdenerwowanie, stres, niepokój kobiety związanej z karmieniem piersią, chcąc jej pomóc, może zachęcać ją do zaprzestania karmienia piersią [18]. Położne/pielęgniarki udzielając wsparcia informacyjnego także ojcom, zwiększają ich wiedzę na temat laktacji, a to pozwala na rozwijanie ich pozytywnego nastawienia do karmienia piersią i udzielania pozytywnego wsparcia emocjonalnego kobiecie karmiącej. Ważne jest, aby pokazać ojcom praktyczne elementy wsparcia w karmieniu piersią, takie jak: zapewnienie matce czasu na odpoczynek, zadbanie o posiłek i napoje, kierowanie wobec karmiącej pochwałą, słów otuchy, zachęty [19].

Tabela 1. Zachowanie noworodka w celu zlokalizowania piersi podczas kontaktu skóra do skóry [13]

Etap	Zachowanie noworodka
Krzyk narodzin	Intensywny płacz zaraz po urodzeniu
Relaks	Noworodek odpoczywa/regeneruje się. Brak aktywności ust, głowy, ramion, nóg lub ciała
Budzenia	Noworodek zaczyna wykazywać oznaki aktywności. Małe pchnięcia głową: w górę, w dół, z boku na bok. Małe ruchy kończyn i ramion
Działania	Noworodek porusza kończynami i głową, jest bardziej zdeterminowany w ruchach. Aktywność kończynami bez przesuwania ciała
Czołgania się	„Pchanie” powodujące przesunięcie ciała
Spoczynkowy	Noworodek odpoczywa przy pewnej aktywności, takiej jak ruch ust, ssanie ręki
Zapoznania się	Noworodek osiągnął otoczkę/sutek, rozpoczyna lizanie otoczki/sutka
Ssania	Noworodek chwytą pierś i zaczyna ssać
Spania	Noworodek zamyka oczy

OCENA SKUTECZNOŚCI KARMIENIA PIERSIĄ

Niedobór pokarmu i niedostateczny przyrost masy ciała karmionego noworodka są najczęstszą przyczyną przedwczesnego zakończenia karmienia piersią. Zgodnie ze Standardem opieki okołoporodowej położna „**dokonyuje, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia. W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, diagnozuje problem i wdraża postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji. Takie działanie ma umożliwić skuteczne nakarmienie noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania**”. Ocena skuteczności laktacji przez położną w szpitalu powinna być dokonywana kilka razy dziennie (przynajmniej 2 razy w ciągu 12-godzinnego dyżuru). Podczas badania fizykalnego noworodka po porodzie ocenić należy budowę jamy ustnej i prawidłowość odruchów oralnych. Pozwala to na wykrycie cech anatomicznych, które mogą utrudniać karmienie. Położna ocenia, czy proces laktogenezy II u matki przebiega prawidłowo, czy noworodek otrzymuje odpowiednią ilość pokarmu, czy konieczne jest podejmowanie interwencji (instruktaż techniki karmienia, stymulacja laktacji, dokarmianie) [20]. Do czynników opóźniających laktogenezę II należą czynniki: matczyne okołoporodowe, takie jak: cięcie cesarskie, różne czynniki stresogenne podczas porodu, nadmierna medykalizacja porodu, znieczulenie zewnątrzoponowe, zwłaszcza zastosowanie fentanylu, czynniki matczyne niezwiązane z porodem: otyłość BMI = 27 kg/m², starszy wiek matki, cukrzyca insulinozależna, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy, zespół Sheehana, przebyte operacje plastyczne piersi oraz czynniki ze strony dziecka: wcześniactwo i choroba dziecka [21]. Pacjentki z czynnikami ryzyka opóźnienia laktogenezy II należy otoczyć wsparciem laktacyjnym w okresie okołoporodowym i po porodzie. Skuteczność karmienia piersią powinna być oceniana u każdego noworodka

na oddziale od 3. doby po urodzeniu oraz po upływie 3–5 dni od wypisania ze szpitala położniczego. Po wypisie ze szpitala wizyty patronażowe połączone z kontrolą masy ciała dziecka powinny odbywać się z częstotliwością wyznaczoną indywidualnie: co kilka dni, jeśli są problemy z karmieniem [22]. Najwięcej wiedzy dostarcza obserwacja aktu karmienia – jej brak może prowadzić do postawienia błędnej diagnozy. Protokół oceny skuteczności ssania (POUS) [22] służy do oceny umiejętności ssania piersi w pierwszych dobach życia dziecka na oddziale i oceny umiejętności ssania piersi po opuszczeniu przez dziecko szpitala. Składa się on z 6 tabel, w których ocenie poddawane są m.in.: budowa jamy ustnej i odruchowe reakcje oralne, chwytanie i ssanie piersi, efektywność pobierania pokarmu, dobowo ocena skuteczności karmienia. Obserwacje odbiegające od opisanych norm wymagają interwencji.

NIEDOBÓR POKARMU – CO MOŻEMY ZROBIĆ?

Niedobór pokarmu możemy podzielić na rzeczywisty i pozorny. Pozorny niedobór pokarmu to przekonanie matki o niewystarczającej ilości mleka. Jeżeli dziecko jest niespokojne, dużo płacze, nie zasypia po karmieniach, bardzo często chce ssać lub odmawia ssania piersi, matki myślą, że pokarmu jest za mało i często decydują się na dokarmianie. Należy ocenić skuteczność laktacji, skorygować zauważone błędy i podjąć działania, które uspokoją matkę. Przyczynami pozornego niedoboru pokarmu są brak znajomości wskaźników skutecznego karmienia oraz błędna interpretacja zachowania noworodka. Matka, która z jakiegoś powodu jest przekonana, że jej dziecko nie najada się mlekiem z piersi, podlega silnym emocjom [23]. Noworodek otrzymuje odpowiednią ilość pokarmu, jeżeli: ssie pierś prawidłowo i efektywnie, odgłos polykania jest słyszalny przynajmniej przez 10 minut w trakcie ssania z jednej piersi. Karmień jest 8–12 w ciągu doby, z czego przynajmniej 1 raz w nocy. U matki dobrze działa odruch wypływu pokarmu, widać jak rytm ssania staje się miarowy, regularny, z seriami połknięć. Matka odczuwa rozluźnienie piersi po karmieniu [24]. W przypadku niedostatecznych przyrostów masy ciała można podejrzewać rzeczywisty niedobór pokarmu

[25]. Przyczyny niedoboru pokarmu to m.in.: zmniejszenie popytu, czyli niedostateczne opróżnianie piersi (nieprawidłowa technika karmienia, zaburzenia mechanizmu ssania, zbyt mała częstość karmień, zbyt krótkie karmienia, niekarmienie w nocy), zmniejszenie podaży, czyli zbyt mała ilość pokarmu w stosunku do potrzeb dziecka (czynniki związane z matką: przewlekły stres, przemęczenie, brak wiary w możliwość wykarmienia dziecka, otyłość, palenie papierosów, zabiegi chirurgiczne w obrębie gruczołu piersiowego). W przypadku niedostatecznego przyrostu masy dziecka karmionego wyłącznie piersią celem postępowania jest: zapewnienie prawidłowego odżywiania dziecka w okresie przejściowym (od stwierdzenia problemu do uzyskania prawidłowego przebiegu karmienia piersią), poprawa laktacji u matki, powrót do wyłącznego karmienia piersią, w pełni zaspokajającego potrzeby żywieniowe dziecka [23]. Jeżeli dziecko jest słabe, niedożywione, osiąga niewielkie przyrosty masy ciała, może być konieczne jego dokarmianie. W pierwszej kolejności dokarmia się mlekiem matki, pokarmem drugiego wyboru jest mleko z banku mleka, a w ostatniej kolejności mleko modyfikowane dobrane stosownie do wskazań [24]. Wyniki wielu badań potwierdzają tezę, iż nieuzasadnione dokarmianie, z przekraczaniem wskazań ilościowych, jest czynnikiem zaburzającym karmienie piersią i skracającym czas jego trwania. Decyzja o dokarmianiu dziecka musi mieć medyczne uzasadnienie i oprzeć się na obiektywnej ocenie sytuacji [26]. W pierwszych dobach po porodzie dokarmiania będą wymagały noworodki z problemami medycznymi (hipoglikemia, ubytek masy ciała powyżej 10% wagi urodzeniowej, nasilona wczesna żółtaczka – po wykluczeniu patologicznych przyczyn). Dokarmianie jest też konieczne, gdy noworodek nie podejmuje z różnych powodów ssania piersi. Wskazaniem do suplementacji jest także opóźnienie laktogenezy II u matki (nawału mlecznego) powyżej 5. doby. Kontrola NIK [7] (2013–2015) w czterech szpitalach, w których wskaźnik dokarmiania noworodków (z próby wytypowanej do zbadania) był szczególnie duży (od 98 do 100%), częste podawanie mleka modyfikowanego uzasadniano m.in. kłopotami z laktacją u matek, które urodziły dziecko w drodze cięcia cesarskiego. W dokarmianiu stosowanym po porodzie należy

dążyć do zapewnienia dziecku odpowiedniego odżywienia oraz ochrony laktacji. Ilość i częstość dokarmiania muszą być skorelowane z przyrostem masy ciała i częstotliwością karmienia piersią [27]. Istnieje wiele sposobów oszacowania, jakie ilości mleka dobowo i jednorazowo podać dziecku dokarmianemu. Jeżeli noworodek w ogóle nie je z piersi i dostaje mleko odciągane (odmowa ssania, trudności z karmieniem), to dobowe zapotrzebowanie na pokarm można obliczyć w oparciu o zapotrzebowanie płynowe i kaloryczne. W przypadku niedostatecznych przyrostów, poprawy techniki karmienia, należy dostosować ilość i częstość dokarmiania do diagnozowanej sytuacji, np. gdy przybór masy ciała jest w granicach 90–100 g/tydzień dokarmianie 2–3 razy po 60 ml na dobę, gdy przyrost masy ciała poniżej 90 g/tydzień 4–5 razy po 60 ml/dobę – jest to schemat dokarmiania według Mohrbacher. Nie zaleca się dokarmiania po każdym karmieniu piersią. W pierwszym tygodniu życia znajduje zastosowanie wzór $(n - 1) \times 10 \text{ ml} = \text{porcja na jedno karmienie w dobie } n$. Wzór ten sprawdza się nie dłużej niż do 8.–9. doby. Po 3–5 dobach od włączenia dokarmiania należy zanalizować efektywność karmienia i w sytuacji poprawy stopniowo wycofywać dokarmianie pod kontrolą przyrostu masy ciała i obserwacji dziecka.

Czym dokarmiać?

Mleko własnej matki jest zawsze pokarmem pierwszego wyboru. Obecnie funkcjonuje w Polsce 16 Banków Mleka Kobięcego (BMK) – mlekiem drugiego wyboru może być pasteryzowane mleko z BMK. Mleko to jest dostępne dla najbardziej potrzebujących, chorych i przedwcześnie urodzonych noworodków, jako uzupełnienie niedostatecznych ilości mleka własnej matki. W przypadku dokarmiania wynikającego z niedoborów pokarmu matki trzecim wyborem są standardowe mieszanki dla niemowląt. Specjalistyczne mieszanki dla niemowląt mają na celu zaspokojenie wymagań żywieniowych noworodków lub niemowląt z określonymi schorzeniami. Decyzja podania mleka modyfikowanego czy też preparatu mlekozastępczego powinna być podejmowana przez lekarza [28]. Wybór mieszanki może również wpływać na zdrowie niemowląt, ponieważ formuły mogą różnić się

makroskładnikami i mikroelementami, takimi jak: długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe, nukleotydy i oligosacharydy. Ponieważ, jak wskazują obserwacje, prawie 50% rodziców zmienia mleko modyfikowane bez konsultacji z lekarzem (często z powodu dostrzeganego przez rodziców lub ich otoczenie problemu zdrowotnego u dziecka) [29] należy podkreślić potrzebę racjonalnej edukacji żywieniowej rodziców małych dzieci. Jeśli jest to możliwe, przed podaniem mleka modyfikowanego powinno się przystawić dziecko do piersi lub podać mleko matki. Rodzicom noworodka dokarmianego sztucznie już na oddziale noworodkowym trzeba zapewnić indywidualne poradnictwo w zakresie przygotowania mleka sztucznego i odpowiedniej strategii karmienia. Położna/pielęgniarka powinna przekazać informację na temat rozpoznawania objawów głodu i sytości u dziecka. Pozwoli to na uniknięcie nadmiernego podawania mleka modyfikowanego. Nie ulega wątpliwości, że powszechność suplementacji jest zbyt częsta i należy dążyć wszelkimi staraniami, aby ograniczyć podawanie mleka modyfikowanego niemowlętom karmionym piersią, chyba że jest to uzasadnione problemem medycznym. Istotnym elementem w edukacji rodziców karmiących butelką jest odpowiedni dobór akcesoriów do karmienia oraz przekazanie informacji o optymalnym pozycjonowaniu malucha. Należy również zwrócić uwagę na potrzeby zapewnienia niemowlęciu poczucia bezpieczeństwa i bliskości.

WNIOSKI

1. **Wsparcie emocjonalne i edukacyjne kobiety w okresie laktacji jest kluczowym elementem efektywnego karmienia naturalnego oraz dłuższego czasu karmienia piersią.**
2. **System skutecznego wsparcia opiera się na:**
 - **zniesieniu separacji matki i noworodka, wzmacnianiu poczucia kompetencji, dostarczeniu matce informacji na temat karmienia w formie instruktażu, pokazu, ulotek informacyjnych,**
 - **angażowaniu wsparcia społecznego (rodziny, przyjaciół, innych matek karmiących),**
 - **cyklicznych szkoleniach członków zespołu terapeutycznego, w tym szkoleń dotyczących wsparcia psychologicznego,**
 - **korzystaniu z wiedzy i umiejętności konsultantów/edukatorów laktacyjnych.**
3. **Jeżeli istnieją wskazania dokarmiania lub karmienia noworodka mlekiem modyfikowanym rodzicom już w oddziale szpitalnym należy przekazać informację dotyczącą sposobu przygotowania mleka, techniki karmienia, ilości podawanego pokarmu oraz obserwacji noworodka. W edukacji należy podkreślić, iż decyzja o doborze odpowiedniego preparatu lub jego zmianie powinna być podejmowana przez lekarza.**

PIŚMIENNICTWO

1. https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/12/Ochrona-propagowanie-i-wspieranie-karmienia-piersiaw-Europie_-wzorzec-dzialania.pdf (dostęp z dnia 28.11.2022).
2. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P et al.: Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 10(10).
3. Bień A, Kulesza-Brończyk B, Przestrzelska M et al.: The Attitudes of Polish Women towards Breastfeeding Based on the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). *Nutrients* 2021; 13(12): 4338.
4. Helwich E, Wilińska M, Borszewska-Kornacka MK et al.: Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego Standardy Medyczne Pediaatria 2014; 11(1): 2-50.
5. https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/Brak-wiedzy_Sztyber.pdf (dostęp z dnia 28 listopada 2022).
6. Nehring-Gugulska M: Karmienie piersią lub mlekiem kobiecym jako złoty standard w żywieniu niemowląt – część 1. *Pediaatria po Dyplomie*, październik 2017.
7. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/065/> (dostęp 29 listopada 2022 r.).
8. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N: Early skin-to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016.

9. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K: Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001; 28(1): 13-19.
10. Karimi F Z, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T: The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2019; 58(1): 1-9.
11. Ayala A et al.: Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after Caesarean sections showed stable physiological patterns. *Acta Paediatr* 2021.
12. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, Dykes F: Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 20.
13. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K et al.: A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Med Hypotheses* 2020.
14. Mikšić Š et al.: Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health* 2020.
15. Islam MJ, Broidy L, Baird K et al.: Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: Assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support. *PLoS One* 2021.
16. Emmott EH, Page AE, Myers S: Typologies of postnatal support and breastfeeding at two months in the UK. *Soc Sci Med* 2020; 246: 112791.
17. Mercan Y, Selcuk KT: Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One* 2021; 16(4).
18. Chang YS et al.: Breastfeeding experiences and support for women who are overweight or obese: A mixed-methods systematic review. *Matern Child Nutr* 2020.
19. Baldwin S, Bick D, Spiro A: Translating fathers' support for breastfeeding into practice. *Prim Health Care Res Dev* 2021; 22: e60.
20. <https://www.mp.pl/pediatrics/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/271107,ocena-skuteczności-karmienia-piersia-kiedy-jak-i-dlaczego-należy-to-robic> (dostęp 29 listopada 2022 r.).
21. Ślizień-Kuczapska E, Nehring-Gugulska M: Regulacja procesu wytwarzania pokarmu. [W:] Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A (red.): *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Medycyna Praktyczna, Kraków* 2012.
22. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Stobnicka-Stolarska P, Paradowska B: *Protokół oceny umiejętności ssania piersi. Postępy Neonatologii* 2014; 1(20): 53-65.
23. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M: Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji. *Postępy Neonatologii* 2014; 2.
24. [https://cnol.kobiety.med.pl/pl/ocena-skuteczności-karmienia/\(dostęp 29 listopada 2022 r.\)](https://cnol.kobiety.med.pl/pl/ocena-skuteczności-karmienia/(dostęp%2029%20listopada%202022%20r.)).
25. Suchocka K: Najczęstsze problemy laktacyjne kobiety karmiącej piersią. *Lekarz POZ* 2022; 2.
26. Żukowska-Rubik M: Dokarmianie dzieci karmionych piersią – kiedy, czym i jak? *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2013; 11: 189-199.
27. Oslislo A, Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M: Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią. *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2010; 7: 329-337.
28. Mazela J, Chojnacka K, Czech Kowalska J et al.: *Żywnienie enteralne noworodka. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Wydanie IV.* 2021.
29. Nevo N, Rubin L, Tamir A et al.: Infant feeding patterns in the first 6 months: An assessment in full-term infants. *J Pediatr Gastroenterol. Nutr* 2007; 45: 234-239.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Agnieszka Piątkowska
e-mail: piatki2@tlen.pl

Wioletta Cedrowska-Adamus
e-mail: neowazne@gmail.com



BEBILON 2
Nr 1
W POLSCE
REKOMENDOWANY
PRZEZ
PEDIATRÓW*

Portfolio produktów odpowiadających na różne potrzeby niemowląt



**NASZA NAJBARDZIEJ
ZAAWANSOWANA FORMUŁA,
JUŻ OD WCZESNYCH CHWIL**

**UNIKALNA FORMUŁA
ODPOWIEDNIA DLA DZIECI
URODZONYCH PRZEZ
CESARSKIE CIĘCIE**

* Wśród mlek następnych, na podstawie badania przeprowadzonego przez Kantar Polska S.A. w lutym 2020.

Ważne informacje: Karmienie piersią jest najważniejszym i najtańszym sposobem żywienia niemowląt oraz jest rekomendowane dla małych dzieci wraz z urozmaiconą dietą. Mleko matki zawiera składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka oraz chroni je przed chorobami i infekcjami. Karmienie piersią daje najlepsze efekty, gdy matka prawidłowo odżywia się w ciąży i w czasie laktacji oraz gdy nie ma miejsca nieuzasadnione dokarmienie dziecka. Przed podjęciem decyzji o zmianie sposobu karmienia matka powinna zasięgnąć porady lekarza.

Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje w dziedzinie medycyny, żywienia lub farmacji.

Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa, www.akademiabebilon.pl