

Tytuł:

Opieka laktacyjna w Polsce. Ocena realizacji obowiązku wspierania karmienia piersią, wynikającego z aktów prawnych (głównie SOO) oraz wpływ podejmowanych działań, bądź ich nie podjęcie, na przebieg laktacji.

Badanie przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych

Autorzy:

mgr Joanna Fajdek¹, IBCLC, mgr Agnieszka Muszyńska² CDL, mgr Katarzyna Asztabska³, IBCLC, CDL we współpracy z:

mgr Barbara Broers⁴, CDL (doktorantka UM we Wrocławiu) i dr hab. Barbara Królak-Olejnik⁵, prof. nadzw., CDL (kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii UM, przewodnicząca PTKiDL)

Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych

¹Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej, Poradnia Laktacyjna, ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory,

e-mail : fajdek.j@vp.pl

tel.606128429

²Szpital Kliniczny im. Ks Anny Mazowieckiej, ul karowa 2, 02-315 Warszawa

e-mail: agamuszynka@wp.pl

tel. 512925190

³Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach, ul. Kościuszki 1, 44-100 Gliwice

e-mail: k.asztabska@gmail.com

tel. 501255345

^{4,5} Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław,

e-mail. WL-30@umed.wroc.pl

tel. 71 7331500

fax. 71 7331509

Wstęp:

Karmienie piersią odgrywa ważną rolę w profilaktyce zdrowotnej, jest niewątpliwie najlepszą metodą żywienia noworodków i niemowląt, dlatego szeroko pojęta opieka laktacyjna powinna być zagwarantowana każdej kobiecie na etapie planowania potomstwa, w czasie ciąży i przez cały czas karmienia.

Pokarm kobiecy uznawany jest za żywność funkcjonalną, ponieważ nie tylko idealnie odżywia organizm dziecka ale również pełni funkcję ochronną, wspiera jego rozwój poprzez enzymy, hormony i czynniki wzrostu. Udowodniono, że karmienie piersią zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu chorób zarówno u dzieci jak i u matek. Sześcioletnia obserwacja na grupie 1281 osób, publikowana w czasopiśmie Pediatrics w 2014 roku wykazała, że karmienie piersią chroni przed infekcjami ucha, gardła i zatok, nie tylko w okresie niemowlęcym, ale również po nim. Z kolei kohortowe badanie grupy badawczej Generation R wykazało mniejszą zachorowalność na choroby zakaźne dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Korzystny wpływ na układ immunologiczny dzieci karmionych mlekiem kobiecym nie dotyczy jedynie większej odporności przeciwko patogenom, lecz również rzadszej zapadalności na choroby o charakterze autoimmunologicznym. Karmienie piersią (zwłaszcza długotrwałe) prawdopodobnie zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy typu 1 u dziecka. Co ciekawe, korzyści skutkujące rzadszym występowaniem cukrzycy dotyczą nie tylko dzieci. Trzydziestoletnie badanie CARDIA potwierdziło hipotezę badaczy, iż laktacja

zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy typu drugiego u matki. Badania na populacji włoskiej wykazały wyższy współczynnik występowania chorób zapalnych jelit (choroby Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) u osób karmionych mlekiem modyfikowanym w stosunku do osób karmionych w dzieciństwie piersią. Karmienie piersią chroni przed występowaniem nowotworów zarówno u dziecka jak i u matki. Dowiedziono, iż dzieci rzadziej zapadają na białaczki limfatyczne oraz chłoniaka Hodgkina. U mam karmiących piersią występuje niższe ryzyko rozwoju nowotworu sutka oraz jajnika.

Poza długofalowymi skutkami karmienia piersią wykazano również liczne korzystne działania w okresie niemowlęcym. U dzieci karmionych pokarmem mamy rzadziej występuje SIDS. Karmienie piersią jest również czynnikiem zapobiegającym hospitalizacjom we wczesnym dzieciństwie. Kohortowe badanie przeprowadzone na grupie 502 948 dzieci w Szkocji w latach 1997-2009 dowiodło, iż dzieci karmione preparatami mlekozastępczymi wymagały częstszych pobytów w szpitalu niż te karmione naturalnie.

Karmienie piersią pozytywnie wpływa na psychikę mamy. Badania pokazują, że istnieje silny związek między depresją poporodową, a karmieniem piersią. Niepowodzenia w karmieniu są czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu depresji poporodowej. Odpowiednia opieka zarówno laktacyjna jak i psychologiczna nad matką mogłaby zarówno prowadzić do zmniejszenia częstości występowania depresji poporodowej jak i zwiększyć skuteczność karmienia piersią.

Udokumentowany różnorodny, krótko i długofalowy, wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno dziecka jak i matki, budowanie więzi emocjonalnej między nimi, ogromne wyliczalne zyski ekonomiczne, są powodem dla którego, konieczne jest propagowanie i wspieranie takiego sposobu żywienia dzieci. Personel medyczny opiekujący się matką i dzieckiem powinien znać zasady postępowania w czasie laktacji zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Kompetencje, ale przede wszystkim obowiązki położnych (w głównej mierze) lekarzy i pielęgniarek, dotyczące wspierania karmienia piersią, są zawarte w ustawach, rozporządzeniach i zaleceniach regulujących wykonywanie tych zawodów medycznych.

Dokumentem stanowiącym implementację „10 kroków do udanego karmienia piersią” w Polsce jest *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2012 r. (Dz.U. 2012 poz. 1100) w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (SOO)*. Oraz *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie SOO (Dz.U. 2015 poz. 1514)*.

W rozporządzeniu tym szczegółowo opisano podstawowe informacje dotyczące karmienia piersią jak również zadania personelu w tej kwestii, na etapie ciąży, porodu i położu.

Zalecenia SOO mające znaczący wpływ na przebieg karmienia piersią:

- 1) Teoretyczne i praktyczne przygotowanie do karmienia piersią.
- 2) Zapewnienie dwugodzinnego, nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry po porodzie i pomoc w pierwszym przystawieniu do piersi.
- 3) Pomoc personelu medycznego w karmieniu piersią. Lekarze, położne oraz pielęgniarki powinny zarówno pomóc kobiecie w rozpoczęciu karmienia piersią jak i udzielać odpowiednich, opartych na EBM informacji odnośnie karmienia, wskazywać korzyści i sposoby karmienia piersią, zachęcać do częstego przystawiania dziecka do piersi i uczyć matkę rozpoznawania objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia.
- 4) Niedokarmianie noworodków karmionych piersią, zarówno mlekiem początkowym, glukozą jak i nie podawanie do picia wody.
- 5) W okresie stabilizacji laktacji - przez pierwsze 4 tygodnie - nie stosowanie smoczków w celu uspokojenia noworodka.

- 6) Przynajmniej cztery wizyty patronażowe położnej rodzinnej, w czasie których ma za zadanie: - zachęcać matki do karmienia naturalnego noworodka,
- prowadzić instruktaż,
 - korygować nieprawidłowości w przebiegu karmienia piersią,
 - oceniać przebieg karmienia naturalnego,
 - oceniać czynniki ryzyka niepowodzenia w laktacji,
 - pomagać w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją.

Wpływ opieki okołoporodowej na edukację matek i ich rodzin oraz na powodzenie karmienia piersią jest kluczowy. Praktyki okołoporodowe zgodne z wiedzą opartą na dowodach naukowych i obowiązującymi wytycznymi, z ograniczeniem nieuzasadnionych interwencji medycznych pozwalają na znaczne ograniczenie przedwczesnego przerywania karmienia naturalnego.

Celem standardu jest więc zapewnienie warunków, w których matka i noworodek mają możliwość rozpocząć karmienie naturalne z sukcesem oraz ograniczenie interwencji wpływających negatywnie na powodzenie w karmieniu piersią. W tym ograniczenie nieuzasadnionego dokarmiania mlekiem modyfikowanym, rozdzielania matki i noworodka

bez wskazań medycznych, czy podawania smoczków uspokajaczy w początkowym okresie życia.

Od stycznia 2019 roku SOO zastąpiony został przez Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756.). Ten dokument został wzbogacony o kolejne zapisy mające wspierać karmienie piersią.

Między innymi są to zalecenia, mówiące o tym że:

- należy u noworodka ocenić umiejętność ssania,
 - matka powinna uzyskać instruktaż ręcznego pozyskiwania pokarmu,
 - od 2021 roku każdy szpital ma zapewnić matce zapewnienie sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego,
- sztuczne mleko początkowe podaje się wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki.

Cel pracy:

Celem badania była ocena realizacji przez personel medyczny, zajmujący się matką i dzieckiem, obowiązku wspierania karmienia piersią, wynikający z aktów prawnych (głównie SOO) oraz wpływ podejmowanych działań, bądź ich nie podjęcie, na przebieg laktacji.

Materiały i metody

Badanie przeprowadzono metodą ankietową. Autorski kwestionariusz był udostępniony przez okres dwóch miesięcy (grudzień 2017 i styczeń 2018) na portalu Interankiety.pl. Link do ankiety był dostępny na stronach: PTKiDL, CNoL, FRpL, Stowarzyszenia DU, hafija.pl.

Ankieta zawierała 39 pytań, składała się z części dotyczącej danych demograficznych i socjoekonomicznych oraz pytań dotyczących działań personelu medycznego, w sprawowaniu opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i jej dzieckiem.

Charakterystyka badanej grupy

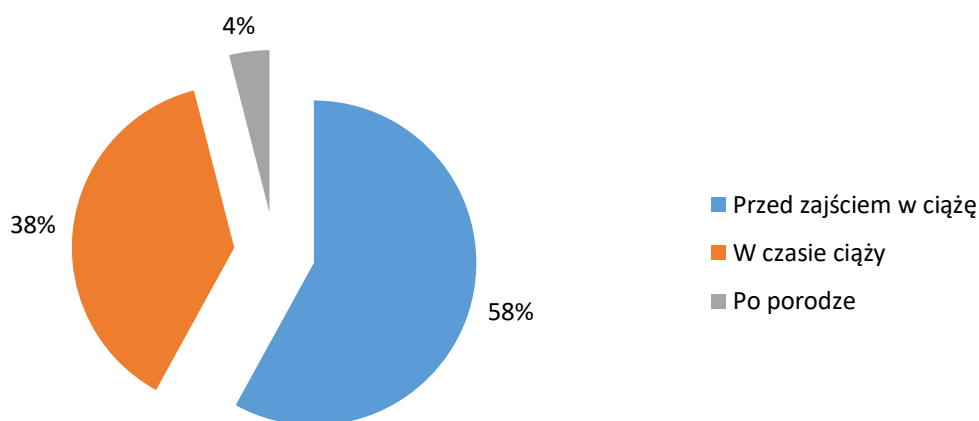
Grupę badawczą stanowiły mamy dzieci w wieku od 6 tygodni do 12 miesięcy. W badaniu wzięło udział 2999 kobiet. Większość (79%) była w grupie wiekowej od 26 do 35 lat, młodsze panie stanowiły 11%, a starsze 10% grupy badawczej. 84% ankietowanych deklarowało posiadanie wykształcenia wyższego. 67,33% respondentek stanowiły kobiety, które urodziły swoje pierwsze dziecko, 27,29% mamy dwójki dzieci, a 5,37% mamy więcej niż dwójki dzieci. Stosunek porodów siłami natury do cięć cesarskich wynosił 3:2. 90% noworodków urodziło się po 37 tygodniu ciąży, wcześniaki urodzone od 33 do 37 tygodnia ciąży stanowiły 9%, a wcześniaki urodzone przed 33 tygodniem ciąży 1% noworodków.

Wyniki

Decyzje odnośnie sposobu karmienia dziecka

Znakomita większość ankietowanych kobiet podjęła decyzję odnośnie sposobu żywienia dziecka jeszcze przed porodem (94%). Wykres 1 obrazuje czas w jakim kobiety podejmowały tę decyzję.

Czas podejmowania decyzji odnośnie sposobu karmienia dziecka:



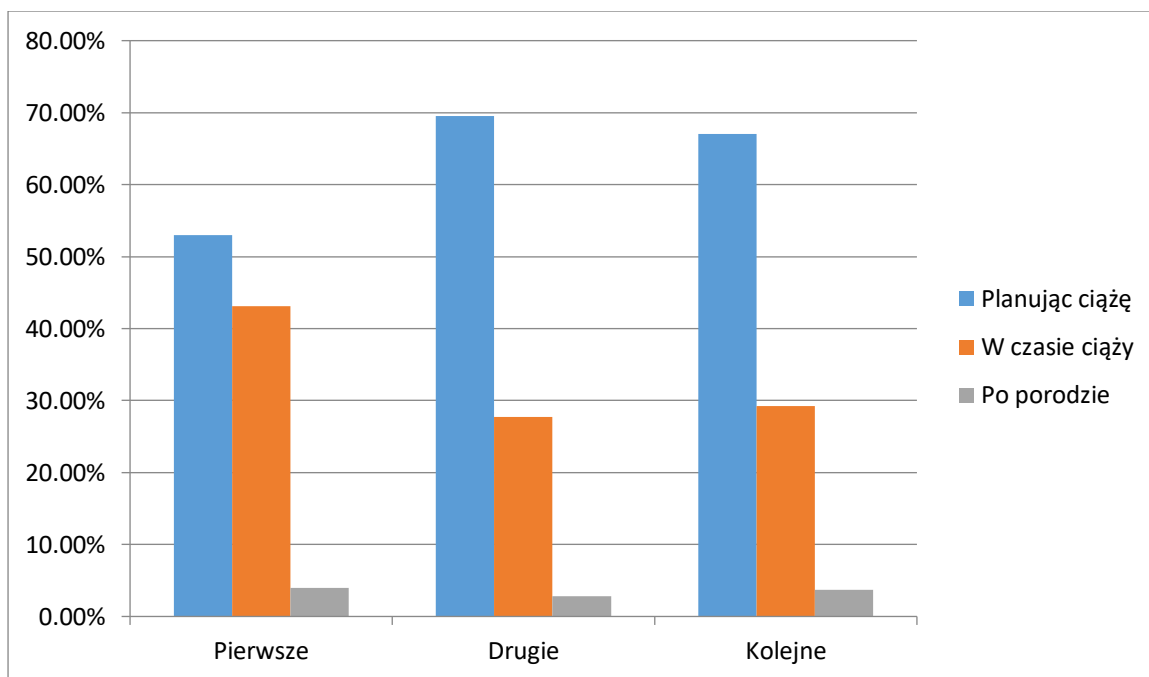
Wykres 1. Czas podejmowania decyzji odnośnie sposobu karmienia dziecka.

Czas podjęcia decyzji o karmieniu dziecka był różny w zależności od badanej grupy wiekowej (tab.1). Im starsze były respondentki tym częściej decyzję odnośnie sposobu karmienia podejmowały jeszcze przed ciążą.

Kiedy podjęła Pani decyzję o sposobie karmienia swojego dziecka?	Planując ciążę	W czasie ciąży	Po urodzeniu dziecka
Poniżej 18 lat	0,00%	100,00%	0,00%
Od 18 do 25 lat	48,9%	46,5%	4,6%
Od 26 do 35 lat	59,2%	37,4%	3,4%
Powyżej 35 lat	61,0%	35,2%	3,8%
Suma końcowa	58,2%	38,1%	3,7%

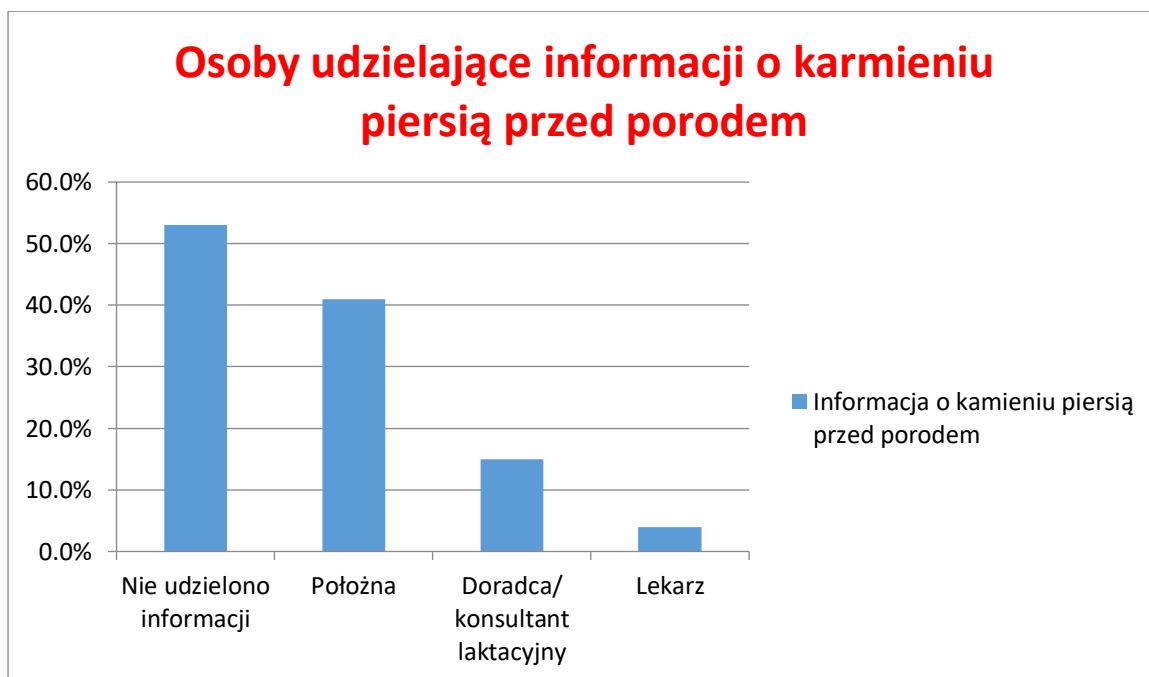
Tabela 1. Czas podjęcia decyzji o sposobie karmienia dziecka.

Czas podjęcia decyzji odnośnie sposobu karmienia noworodka zależał również od tego czy ankietowana kobieta była w ciąży z pierwszy dzieckiem, czy była to kolejna ciąża. Pierworódki o sposobie karmienia dziecka podejmowały decyzję częściej w czasie ciąży, niż kobiety mające już dzieci, one częściej decydowały o sposobie karmienia jeszcze przed zajściem w ciążę (wykres 2).



Wykres 2. Podejmowanie decyzji o karmieniu dziecka w zależności od kolejności ciąży.

Ponad połowa respondentek (53%) przed porodem nie otrzymała żadnych informacji odnośnie karmienia piersią od pracowników ochrony zdrowia. Ankietowane, które takie informacje uzyskały, były najczęściej informowane przez położne (wykres 3).



Wykres 3. Osoby udzielające informacji o karmieniu piersią przed porodem.

Okres okołoporodowy

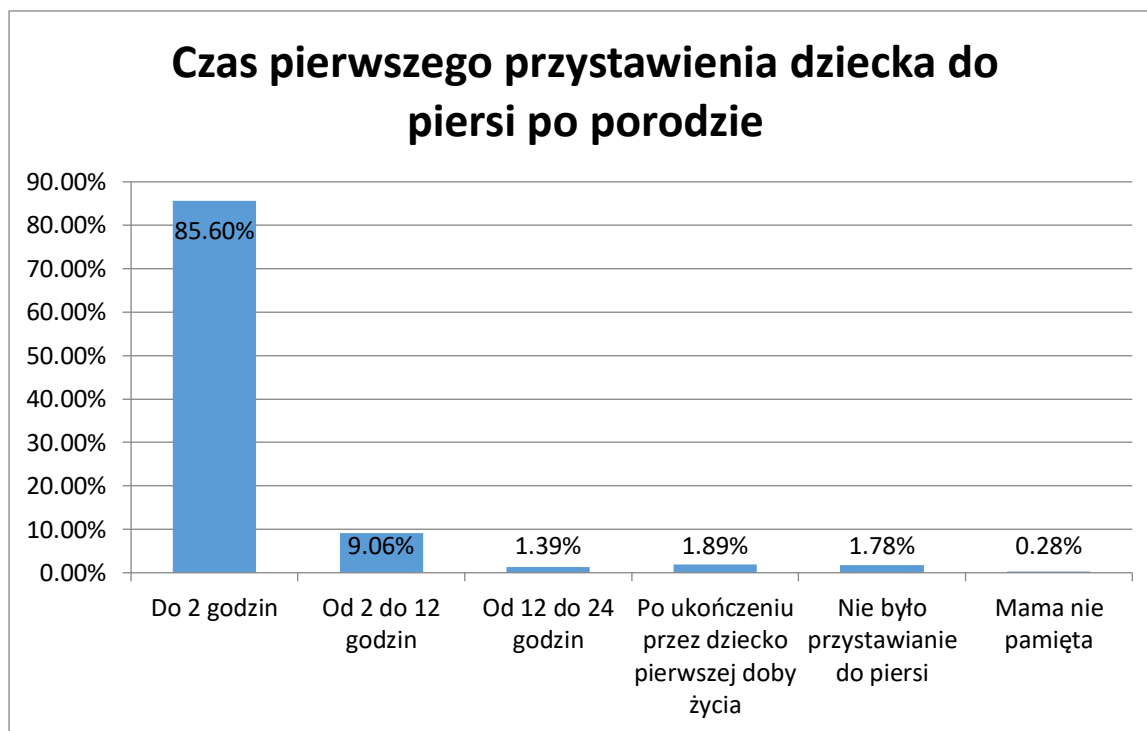
Kontakt skóra do skóry po porodzie zapewniono 65% ankietowanych kobiet. U rodzących siłami natury odsetek realizowania procedury kontaktu skóra do skóry wyniósł 89,6%, natomiast wśród kobiet rodzących poprzez cięcie cesarskie tylko 28%. (P=0,000). U ponad jednej trzeciej badanych trwał on nieprzerwanie zaledwie kilka minut. Wśród respondentek u których zastosowano kontakt skóra do skóry zaledwie u 21% trwał on dwie godziny lub dłużej. Co ciekawe, jeśli kontakt był zastosowany po porodzie przez cesarskie cięcie to częściej trwał on ponad dwie godziny niż w przypadku porodów siłami natury. Dokładne dane

odnośnie czasu trwania kontaktu skóra do skóry z uwzględnieniem sposobu rozwiązania ciąży przedstawia tabela 2.

Czas trwania kontaktu skóra do skóry po porodzie	Poród siłami natury	Poród przez cięcie cesarskie
Kilka minut	34%	38%
Okolo godziny	13%	12%
Do dwóch godzin	30%	17%
Dwie godziny i dłużej	21%	25%
Nie pamiętam	2%	7%

Tabela 2. Czas trwania kontaktu skóra do skóry w zależności od sposobu porodu.

Po porodzie do piersi przystawianych było 98% noworodków. Najczęściej miało to miejsce w czasie do dwóch godzin po urodzeniu dziecka (85,6%). Prawie 2% dzieci w ogóle nie było przystawianych do piersi w szpitalu (wykres 4).



Wykres 4. Czas pierwszego przystawienia dziecka do piersi po porodzie.

Czas przystawiania dziecka był zróżnicowany w zależności od sposobu rozwiązania ciąży. U 85,6% respondentek rodzących siłami natury i u 56,1% respondentek rodzących przez cięcie cesarskie noworodki pierwszy raz były przystawione do piersi w ciągu dwóch godzin po porodzie ($p=0,000$). Opóźnienia w rozpoczęciu karmienia naturalnego częściej dotyczyły dzieci urodzonych cięciem cesarskim. Szczegółowe dane przedstawia tab. 3.

Czas pierwszego przystawienia noworodka do piersi w zależności od sposobu porodu				
	Siłami natury		Cięcie cesarskie	
	n	procent	n	procent
Do 2 h	1540	85,6	669	56,1
Od 2 h do 12 h	163	9,0	289	24,2
Od 12 h do 24 h	25	1,4	89	7,5
Po 1 dobie	34	1,9	88	7,4
Dziecko nie było przystawiane	32	1,8	38	3,2
Respondentka nie pamięta	5	0,27	18	1,5

Tabela 3. Czas pierwszego przystawienia noworodka do piersi w zależności od sposobu porodu.

W czasie pobytu w szpitalu personel pomógł w przystawianiu dziecka do piersi 65,9% ankietowanych, 20,3% kobiet nie uzyskało pomocy od osób zatrudnionych w szpitalu, natomiast 13,8% respondentek nie potrzebowało wsparcia w opisywanym zakresie. Pacjentki rodzące siłami natury rzadziej potrzebowały pomocy w zakresie przystawiania dziecka do piersi i rzadziej otrzymywały taką pomoc niż pacjentki po cięciu cesarskim (tab.4).

Sposób porodu	Personel nie pomógł w przystawieniu dziecka do piersi	Personel pomógł w przystawieniu dziecka do piersi	Mama nie potrzebowała pomocy
Przez cięcie cesarskie	21,9%	68,5%	9,6%
Siłami natury	19,2%	64,3%	16,5%

Tabela 4. Pomoc w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi w zależności od sposobu porodu.

Zdecydowana większość ankietowanych, które rodziły pierwszy raz, oczekiwała od personelu szpitalnego pomocy w przystawieniu dziecka do piersi, natomiast stosunkowo wysoki odsetek pozostałych kobiet posiadał wiedzę na ten temat. Wartości testu niezależności chi-kwadrat [$X^2(1; n = 2916) = 386,487; p < 0,001$] świadczą o wystąpieniu istotnego związku pomiędzy liczbą porodów przebytych przez ankietowane, a oczekiwaniem wsparcia od personelu szpitalnego w przystawieniu dziecka do piersi (tab.5).

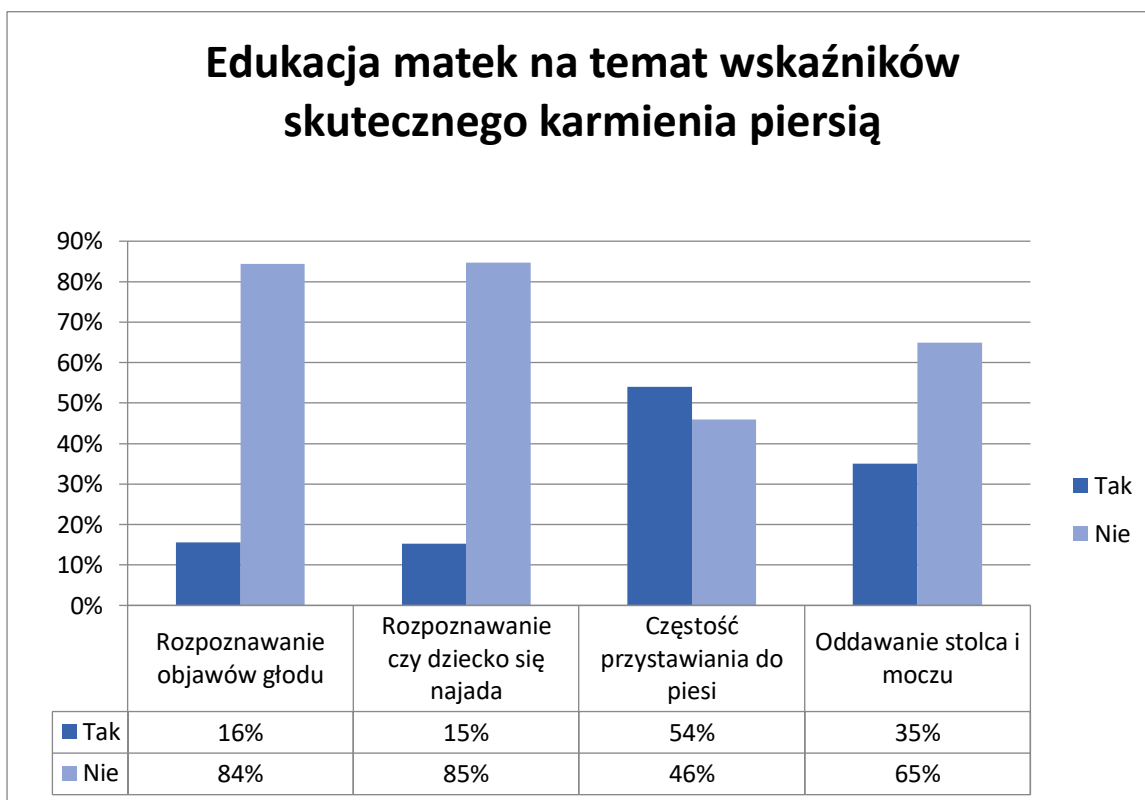
			Które to jest Pani dziecko?	
			Pierwsze	Drugie/ Kolejne
Czy w czasie pobytu w szpitalu, personel pomógł Pani w przystawieniu dziecka do piersi?	Potrzebowałam tych informacji	Liczebność	1866	647
		% ze zmiennej w wierszu	74,3%	25,7%
	Nie potrzebowałam tych informacji - już wiedziałam	Liczebność	100	303
		% ze zmiennej w wierszu	24,8%	75,2%
		% ze zmiennej w kolumnie	94,9%	68,1%
		% ze zmiennej w kolumnie	5,1%	31,9%
Test niezależności chi-kwadrat			$X^2 = 386,487; p < 0,001$	

Tabela 5. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie pobytu w szpitalu, personel pomógł Pani w przystawieniu dziecka do piersi?” w zależności od liczby porodów (n = 2916)

Wsparcie przy przystawianiu dziecka do piersi uzyskało 72,32% ankietowanych hospitalizowanych w szpitalach, w których zatrudniony jest doradca laktacyjny oraz 57,36% ankietowanych, w których nie pracuje taka osoba. Dzieci pacjentek, które rodziły w szpitalach, w których zatrudniony jest doradca laktacyjny częściej były przystawiane do piersi w pierwszych dwóch godzinach życia, niż dzieci urodzone w szpitalach gdzie taka osoba nie jest zatrudniona.

Edukacja matek odnośnie karmienia piersią w szpitalu

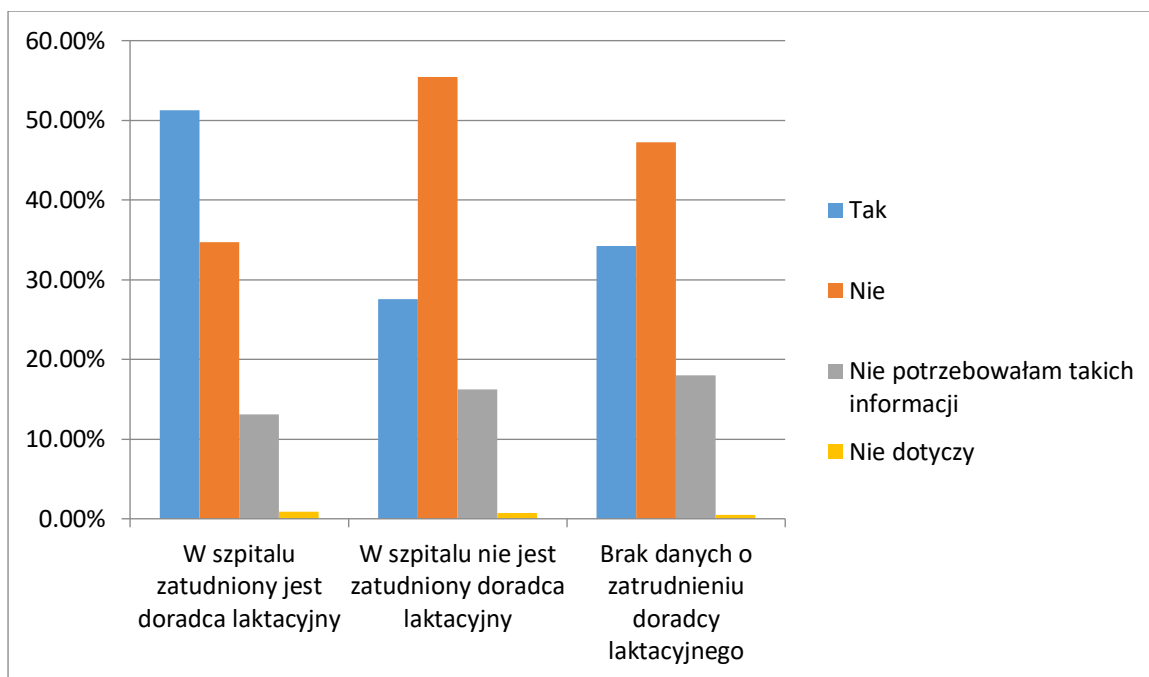
Ankietowane pytano, czy w czasie pobytu w szpitalu, otrzymały informacje odnośnie: rozpoznawania objawów głodu u dziecka, rozpoznawania czy dziecko się najada, częstości przystawiania dziecka do piersi oraz wypróżniania się dziecka karmionego piersią (liczba zmoczonych pieluszek, oddawanych stolców). Wyniki przedstawiono na wykresie nr 5.



Wykres 5. Edukacja matek na temat wskaźników skutecznego karmienia.

Informacje dotyczące rozpoznawania głodu u dziecka podczas pobytu w szpitalu uzyskało 16 % ankietowanych matek, 84 % kobiet nie uzyskało takich informacji, natomiast 26,1% respondentek posiadało wiedzę na ten temat.

Pomoc w zakresie przybrania odpowiedniej pozycji do karmienia dziecka została zaproponowana 42,4% ankietowanych, a 41,8% nie zostało poinstruowanych na ten temat, 15,7% ankietowanych mam deklarowało, że nie potrzebowało takiej pomocy. Instrukcje odnośnie prawidłowej pozycji do karmienia otrzymało 51,25% kobiet rodzących w szpitalu, w którym obecny jest doradca laktacyjny, 27,24% rodzących w szpitalach, gdzie nie ma zatrudnionej takiej osoby ($p=0,000$). (wykres 6).



Wykres 6. Pomoc przy przyjęciu prawidłowej pozycji do karmienia w zależności od zatrudnienia doradcy laktacyjnego.

Zdecydowana większość ankietowanych, które rodziły pierwszy raz, oczekiwała od personelu szpitalnego przekazania informacji na temat rozpoznawania objawów głodu u dziecka, natomiast stosunkowo wysoki odsetek pozostałych kobiet posiadał wiedzę na ten temat. Wartości testu niezależności chi-kwadrat [$X^2(1; n = 2958) = 273,355; p < 0,001$] wskazują na wystąpienie istotnego związku pomiędzy liczbą porodów przebytych przez ankietowane, a oczekiwaniem od personelu szpitalnego przekazania informacji dotyczących rozpoznawania objawów głodu u dziecka (tab.6).

		Które to jest Pani dziecko?		
		Pierwsze	Drugie/ Kolejne	
Czy w czasie pobytu w szpitalu udzielono Pani informacji, jak rozpoznawać objawy głodu u dziecka?	Potrzebowałam tych informacji	Liczebność	1658	528
		% ze zmiennej w wierszu	75,8%	24,2%
		% ze zmiennej w kolumnie	83,2%	54,7%
	Nie potrzebowałam tych informacji - już wiedziałam	Liczebność	335	437
		% ze zmiennej w wierszu	43,4%	56,6%
		% ze zmiennej w kolumnie	16,8%	45,3%
Test niezależności chi-kwadrat		$X^2 = 273,355; p < 0,001$		

Tabela 6. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie pobytu w szpitalu udzielono Pani informacji, jak rozpoznawać objawy głodu u dziecka?” w zależności od liczby porodów (n = 2958)

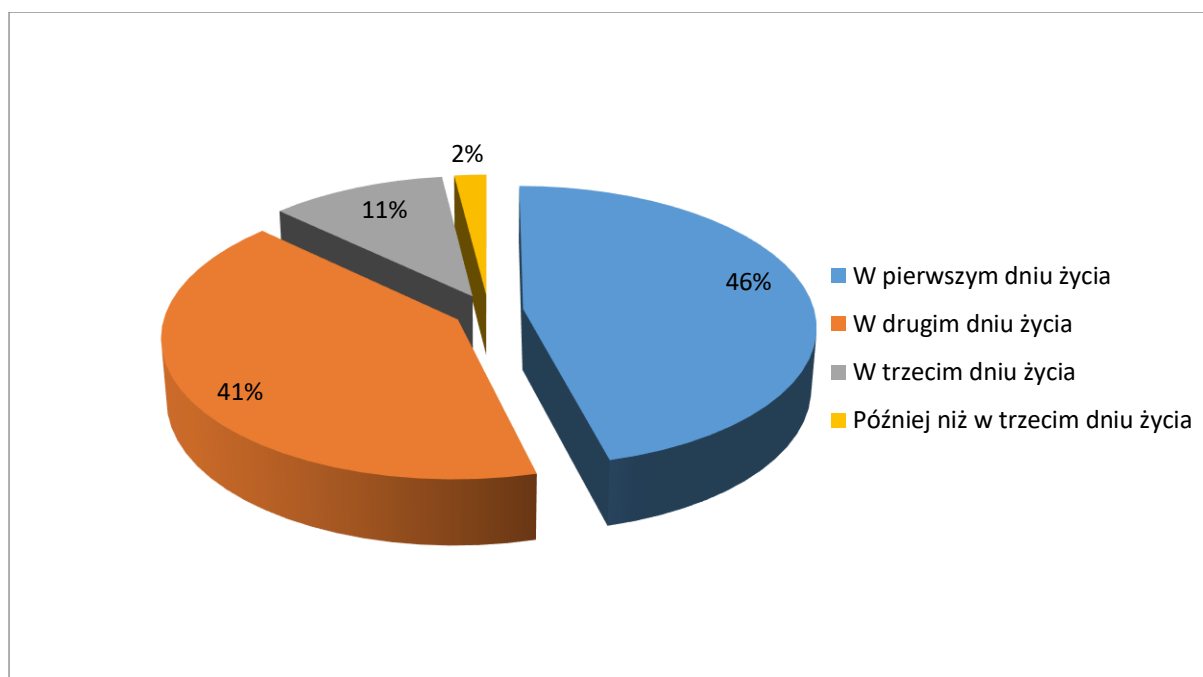
Informacje odnośnie karmienia piersią w szpitalu kobiety otrzymywały od położnych (52%), doradców laktacyjnych (29%), pielęgniarek (23%) oraz lekarzy (7%). Aż 29% ankietowanych mam nie otrzymało w czasie hospitalizacji po porodzie informacji odnośnie karmienia piersią. 29% respondentek deklaruje, że w czasie pobytu w szpitalu nie miało problemów z karmieniem dziecka piersią. Mamy, u których taki problem wystąpił otrzymywały pomoc od pielęgniarek bądź położnych z oddziału noworodkowego (32,2%), doradców laktacyjnych (28%), położnych z oddziału położniczego (23,8%) oraz lekarzy (3,6%). Część ankietowanych uzyskała pomoc od osób niebędących pracownikami szpitala- znajomych i rodziny – 30,9%.

Niestety aż 32,4% ankietowanych mam, mimo wystąpienia trudności z kamieniem piersią w czasie hospitalizacji nie otrzymało pomocy. W czasie wypisu ze szpitala dalsze instrukcje odnośnie karmienia piersią otrzymało 46% mam.

Karmienie dziecka w szpitalu

Wyłącznie pokarmem mamy (piersią oraz odciągniętym pokarmem matki) w czasie pobytu w szpitalu karmionych było 47% noworodków. 48% noworodków karmionych było w sposób mieszany. 3% dzieci karmionych było wyłącznie mlekiem modyfikowanym. Pozostałe 2% noworodków otrzymywało mleko z banku mleka kobiecego wraz z pokarmem mamy lub z mlekiem modyfikowanym.

Dokarmianie noworodka w większości przypadków rozpoczynało się w pierwszej dobie życia (wykres 7).



Wykres 7. Doba życia dziecka w której rozpoczęto dokarmianie mieszanką.

Decyzje o dokarmieniu dziecka najczęściej podejmowały położne. W 38% była to położna/ pielęgniarka z oddziału noworodkowego, a w 8% położna z oddziału położniczego. W 28% była to wspólna decyzja personelu szpitala i matki dziecka, w 17% decyzję o dokarmianiu dziecka podejmował lekarz, a w 8% matka dziecka.

Pomimo tego, że podanie noworodkowi mieszanki jest interwencją medyczną, zaledwie w 8% przypadków przed jej podaniem poproszono matkę dziecka o pisemną zgodę.

Sposób karmienia noworodka był zależny od sposobu rozwiązania ciąży. Wśród dzieci urodzonych siłami natury karmionych wyłącznie mlekiem matki było 57,9% dzieci, natomiast wśród urodzonych drogą cięcia cesarskiego 30,5%. ($p=0,000$) Noworodki urodzone przez cesarskie ciecie częściej były dokarmiane w pierwszej dobie życia (54%), niż noworodki urodzone siłami natury (36,2%) ($p=0,000$).

Dzieci, u których doszło do kontaktu skóra do skóry po porodzie częściej były karmione wyłącznie piersią (55,3%), niż dzieci, u których takiego kontaktu nie było (31,5%) ($p=0,000$). Gdy personel pomagał pacjentce przystawić dziecko do piersi częściej karmiła ona wyłącznie piersią, niż w przypadku gdy pacjentka nie uzyskała takiej pomocy ze strony personelu. (tab. 7).

Czy personel pomógł przystawić do piersi?	Karmione wyłącznie piersią	Dokarmiane mieszanką
Tak	44,58%	55,42%
Nie	36,66%	63,34%
Nie potrzebowałam pomocy w przystawieniu dziecka do piersi	76,92%	23,08%

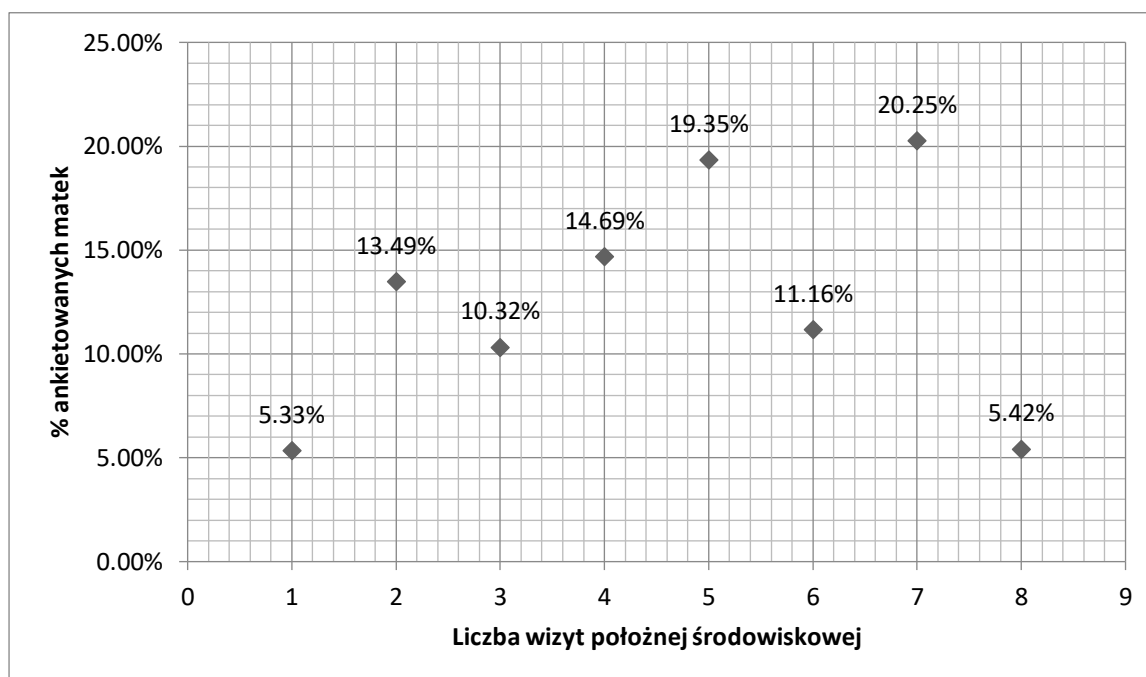
Tabela 7. Pomoc personelu w przystawieniu dziecka do piersi , a dokarmianie dziecka mieszanką.

Wypis ze szpitala.

W dniu wypisu ze szpitala 46% ankietowanych matek uzyskało informację o tym jak karmić swoje dziecko w domu. Tylko 29% kobiet otrzymało informację, gdzie może szukać pomocy w razie wystąpienia trudności z kamieniem piersią po wypisie ze szpitala, natomiast aż 39% dostało w szpitalu ulotki reklamowo-informacyjne mieszanek mlekozastępczych, a 19% utrzymało próbki mleka modyfikowanego.

Opieka laktacyjna położnej środowiskowo-rodzinnej

U 94,67% ankietowanych kobiet odbyła się wizyta patronażowa położnej środowiskowo-rodzinnej. Liczbę wizyt przedstawia wykres nr 8. Z zebranych danych wynika, że wymagana liczba wizyt patronażowych odbyła się u 56,2% ankietowanych kobiet.



Wykres 8. Liczba wizyt patronażowych położnej środowiskowej.

93% respondentek w czasie wizyt położnej rozmawiało z nią na temat karmienia piersią. W 73% przypadków położne zachęcały mamy do karmienia piersią i mówiły o jego korzyściach. 73% mam karmiło dziecko w obecności położnej. Informację na temat tego, jak poznać, że dziecko się najadało otrzymało 45% respondentek. Pomiar masy ciała został wykonany w czasie wizyt patronażowych u 65% noworodków objętych opieką położnej środowiskowo-rodzinnej.

Po wypisie ze szpitala 31% ankietowanych mam nie miało problemów i trudności z dalszym karmieniem dziecka piersią. W razie wystąpienia takich problemów, respondentki zasięgały pomocy najczęściej u położnej środowiskowo-rodzinnej (44%) i doradcy lub konsultanta laktacyjnego (39,6%).

Procentowy udział innych osób w rozwiązywaniu trudności z karmieniem piersią u ankietowanych przedstawiono w tabeli 8.

Osoba udzielająca pomocy w zakresie karmienia piersią	% ankietowanych mam, które korzystały z takiej pomocy
Położna rodzinna	44%
Doradca/konsultant laktacyjny	39,6%
Inne mamy karmiące piersią	34,9%
Rodzina i znajomi	34,4%
Promotor karmienia piersią	17,6%
Pediatra/Neonatolog	3,2%
Nie uzyskano pomocy	11,2%

Tabela 8. Osoby udzielające pomocy w sytuacji problemów w karmieniu piersią.

Wnioski

Opieka laktacyjna, do świadczenia której zobowiązany jest personel medyczny zajmujący się kobietą w okresie prokreacyjnym, ciążarną, rodzącą, położnicą, matką małego dziecka i dzieckiem, jest niewystarczająca. Nie ma systemu skutecznego monitorowania wskaźników karmienia naturalnego, a z nielicznych, przeprowadzonych na niewielkich grupach, badań nie wyłania się optymistyczny obraz. Niecałe 4 % dzieci karmionych jest wyłącznie piersią do szóstego miesiąca życia, trochę lepsze wyniki uzyskano w miejscach, gdzie lokalnie występuje dostęp do bezpłatnych porad laktacyjnych.

Tylko 68% respondentek deklaruje, że karmienie piersią przebiegało zgodnie z ich planem.

Za mało edukacji o karmieniu piersią, brak odpowiedniego wsparcia w rozpoczęciu karmienia, a w konsekwencji dokarmianie noworodków mlekiem modyfikowanym mogą skutkować niepowodzeniem w utrzymaniu laktacji, a szczególnie skróceniem okresu wyłącznego karmienia piersią. Obligatoryjny obowiązek aktualizowania wiedzy na temat karmienia piersią i mlekiem kobiecym, wśród personelu medycznego oraz systemowe rozwiązania umożliwiające skuteczne wsparcie, mogą poprawić jakość opieki laktacyjnej, a tym samym dać matkom, dzieciom i całemu społeczeństwu, szansę na wykorzystanie korzyści płynących z karmienia piersią i mlekiem kobiecym.

Bibliografia:

[1] Ruowei L, Deborah D, Chuan-Ming L et al. Breastfeeding and Risk of Infections at 6 Years. *Pediatrics*; 2014;134:13-20

[2] Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A et al. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*; 2010;126(1):18-25

- [3] Virtanen SM, Räsänen L, Aro A et al. Infant feeding in Finnish children less than 7 yr of age with newly diagnosed IDDM. Childhood Diabetes in Finland Study Group. *Diabetes care*; 14(5):415-7
- [4] Gunderson EP, Lewis CE, Lin Y et al. Lactation Duration and Progression to Diabetes in Women Across the Childbearing Years The 30-Year CARDIA Study. *JAMA Intern Med*. 2018;178(3):328–337
- [5] Corrao G, Tragnone A, Caprilli R et al. Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. Cooperative Investigators of the Italian Group for the Study of the Colon and the Rectum (GISC). *Int J Epidemiol*; 1998;27(3):397-404
- [6] Mathur GP, Gupta N, Mathur S et al. Breastfeeding and childhood cancer. *Indian Pediatr.*; 1993;30(5):651-7.
- [7] Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL et al. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*; 2007;18(5):517-523
- [8] Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet*; 2002;360(9328):187-195
- [9] Bener A, Hoffmann GF, Afify Z et al. Does prolonged breastfeeding reduce the risk for childhood leukemia and lymphomas? *Minerva Pediatr.*; 2008;60(2):155-61
- [10] Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY et al. Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*; 2017;140(5)
- [11] Ajetunmobi OM, Whyte B, Chalmers J et al. Breastfeeding is associated with reduced childhood hospitalization: evidence from a Scottish Birth Cohort (1997-2009). *J Pediatr.*; 2015;166(3):620-5
- [12] Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.*; 2015;171:142-54.
- [13] Mikiel-Kostyra K. , Mazur J. Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Pædiatrica*; 2002;91:1301-1306
- [14] Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM et al. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr.*; 2014;164(6):1339-45
- [15] Howard CR, Howard FM, Lanphear B et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*; 2003;111(3):511-8
- [16] Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2016;30(8)
- [16] Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012. Wydanie II poprawione. 2017
- [17] Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A [red]. Certyfikowany doradca laktacyjny. Podręcznik dla uczestnika kursu: Problemy w laktacji. Warszawa, CNoL 2010.
- [18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 poz. 1100).
- [19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756.)