Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 1/2019 ISSN 1509-7250

W numerze:

- Opieka ukierunkowana na rodzinę na oddziale neonatologicznym
- Leczymy przyjaźnie i skutecznie, czyli rodzina jeszcze bliżej noworodka urodzonego przedwcześnie na OION
- Rodzice na oddziale intensywnej terapii noworodka
- Znaczenie mikrobioty przewodu pokarmowego dla dalszego rozwoju dziecka
- Najczęstsze problemy doradcy laktacyjnego na oddziale
- Zajęcia ruchowe kobiet karmiących piersią – cele, zasady, błędy i rady

Drodzy Czytelnicy

EMPOWER PARENTS · ENABLE BREASTFEEDING

WABA | WORLD BREASTFEEDING WEEK 2019

Tradycyjnie w maju Stowarzyszenie KUKP organizuje konferencję naukową w ramach Światowego Tygodnia Karmienia Piersią. Zobowiązuje nas do tego podpisana przez polskie władze Deklaracja Innocenti, na mocy której KUKP zostało powołane do życia, oraz nasz główny cel statutowy – szerokie propagowanie naturalnego karmienia niemowląt. Tydzień Karmienia Piersią jest obchodzony corcznie na świecie w sierpniu. W Polsce przyjęto obchodzenie tego tygodnia w innym okresie. Jest to koniec maja pomiędzy Dniem Matki i Dniem Dziecka.

Światowy Tydzień Karmienia Piersią odbywa się jak zwykle pod hasłem postulowanym przez World Aliance for Breastfeeding Action (WABA), globalną sieć organizacji i osób działających na rzecz propagowania i wspierania naturalnego karmienia noworodków i niemowląt. Chociaż inne w każdym roku, zawsze jednak promuje karmienie piersią. Wszystkie bowiem hasła w sposób lapidarny, a jednocześnie holistyczny, podkreślają znaczenie karmienia dla zdrowia dziecka, matki, rodziny i całego społeczeństwa. Tradycyjnie WHO wskazuje na zadania personelu medycznego w podnoszeniu wiedzy rodziców o walorach karmienia naturalnego, znaczeniu pokarmu kobiecego w podtrzymaniu zdrowia dziecka i zaprogramowaniu prawidłowego metabolizmu na całe życie.

Tegoroczne hasło kieruje uwagę na wczesne przygotowanie rodziców do prawidłowego odżywiania noworodka. Grupą wymagającą szczególnej opieki są rodzice noworodków chorych i urodzonych przedwcześnie. Zagrożenie życia noworodka jest dla rodziców sytuacją porównywalną z traumą wojenną. Umiejętne zachowania personelu medycznego, wszechstronne i jednocześnie indywidualne podejście do matki i ojca dziecka oraz profesjonalizm zarówno w wymiarze medycznym, jak i ludzkim pozwalają rodzicom powoli odnaleźć się w tej trudnej sytuacji i zaakceptować ją.

c.d. na stronie 3 ▶

Pięć szpitali obroniło tytuł SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU w okresie od 1 stycznia do 25 maja 2019 r.

W pierwszych pięciu miesiącach 2019 roku Komisja ds. Ocen, Monitoringu i Reocen KUKP przeprowadziła procedurę reoceny 5 szpitali. Wszystkie potwierdziły wysoką jakość opieki okołoporodowej, zgodnej z zasadami WHO/UNICEF „10 kroków do udanego karmienia piersią".

Dyrekcji oraz Personelowi Szpitali serdecznie gratulujemy utrzymania tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku".

- Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. Szpital św. Wojciecha w Gdańsku
- Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku
- Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim

Konferencja Naukowa KUKP

WZMACNIAJMY RODZICÓW – UMOŻLIWIAJMY KARMIENIE PIERSIĄ

25 maja 2019 r. (sobota) w godzinach 9:00–16:00

sala konferencyjna Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny
w Warszawie, ul. A. J. Madalińskiego 25

Patronat honorowy Konferencji:

Polskie Towarzystwo Neonatologiczne

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny SPZOZ

Patronat medialny:

Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

PROGRAM

09:00–09:30 Rejestracja uczestników

09:30–10.00 Otwarcie konferencji, przywitanie gości – prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska–Kantecka
Wystąpienia Gości Honorowych
Wręczenie tytułów „Szpital Przyjazny Dziecku"

Sesja I **prowadzenie dr hab. n. med. Maria Wilińska**

10:00–10:20 **Wykład inauguracyjny: Rola KUKP w upowszechnianiu karmienia piersią**
prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska–Kantecka, Przewodnicząca Zarządu Głównego KUKP

10:20–10:40 **Znaczenie mikrobioty przewodu pokarmowego dla dalszego rozwoju dziecka**
dr n. med. Marzena Kostuch, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

10:40–11:00 **Najczęstsze problemy doradcy laktacyjnego na oddziale**
mgr Barbara Niezgoda, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

11:00–11:30 **Przerwa na kawę**

Sesja II **prowadzenie dr hab. Marzena Kostuch**

11:30–11.50 **Opieka ukierunkowana na rodzinę na oddziale położniczym i noworodkowym**
dr hab. n. med. Maria Wilińska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie

11:50–12:10 **Aktywność ruchowa matek karmiących – cele, zasady, błędy i rady**
dr Lesław Kluba, Zakład Usprawniania Leczniczego IMiD w Warszawie

12:10–12:30 **Leczymy przyjaźnie i skutecznie, czyli rodzina jeszcze bliżej noworodka urodzonego przedwcześnie na OION**
dr n. med. Marta Twardoch, Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej

12.30–12.50 **Dyskusja**

12.50–13.00 **Miejsce przyjazne karmieniu piersią w Polsce – nowa Inicjatywa sprzyjająca laktacji i karmieniu**
Piotr Szewczyk

13:00–14:30 **Lunch**

14:30–16.00 **Walne Zebranie KUKP**

PARTNERZY:

DUTCHMED

MOMbrella

Polski Lek S.A.

c.d.
Drodzy Czytelnicy

Rodzice prowadzeni „za rękę" przez wrażliwą położną, pielęgniarkę i lekarza powoli „uczą się" dziecka, rozpoznają jego zachowania i rozróżniają potrzeby. Powoli orientują się, że ich rola to bliskość, trwanie przy dziecku i otaczanie go miłością i opieką, a także zmniejszanie u dziecka niepokoju i lęku. W tym procesie wyzwolenie laktacji, utrzymanie jej i podaż dziecku mleka od pierwszych kropli do kolejno pełnych porcji to najlepsze co mogą zrobić. Nasze zadanie to wspieranie rodziców na każdym etapie opieki, od pierwszych chwil, przez te łatwe i – w szczególności – przez te najcięższe. O tym wszystkim piszemy w najnowszym wydaniu naszego Biuletynu. Zachęcamy do lektury.

Majowa konferencja kończy definitywnie przedłużoną o rok kadencję dotychczasowego Zarządu, który prowadził nasze Stowarzyszenie od 2010 roku. Zeszłoroczne Walne Zebranie KUKP po zakończeniu konferencji naukowej zgromadziło jedynie 8 osób. Uniemożliwiło to dokonanie wyboru nowego Zarządu. W tej sytuacji kadencja Zarządu została przedłużona na następny rok.

Jako Przewodnicząca Zarządu Głównego KUKP pragnę serdecznie podziękować wszystkim Członkom, którzy przez te 9 lat wspierali działalność naszego Stowarzyszenia, Dyrektorom i Personelowi Szpitali Przyjaznych Dziecku, którzy we współpracy z KUKP utrzymują na wysokim poziomie standardy opieki nad matką i dzieckiem, dokładając starań, aby umożliwiać i upowszechniać karmienie naturalne. ◗

Przewodnicząca Zarządu Głównego KUKP
prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka

Spotkanie neonatologów w Augustowie

Ważnym wydarzeniem w dziedzinie neonatologii były Wiosenne Spotkania Neonatologiczne. Konferencja ta, organizowana cyklicznie od 23 lat przez zespół prof. CMKP Marii Wilińskiej, wiceprzewodniczącej KUKP, odbyła się w dniach 25-26 kwietnia w hotelu „Warszawa" w Augustowie. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią objął WSN patronatem naukowym.

W konferencji wzięło udział wielu prominentnych polskich naukowców neonatologów, nadal patronująca tej grupie prof. Elżbieta Gajewska oraz Gość Specjalny, prof. Jaques Belik z Toronto (The Hospital for Sick Children). Tematem przewodnim WSN była poprawa jakości pracy w neonatologii. Zarówno w części warsztatowej konferencji, jak i wykładowej dużo uwagi poświęcono wdrażaniu idei Szpitala Przyjaznego Dziecku do współczesnego oddziału położniczo-neonatologicznego. Uczestnicy konferencji poznali zaktualizowane wytyczne WHO w zakresie „10 kroków do udanego karmienia piersią". Prawidłowa diagnostyka i leczenie oraz optymalne żywienie noworodka od pierwszych chwil życia zajęło poczesne miejsce w programie konferencji. Pozostałe zagadnienia dotyczyły organizacji pracy oddziału neonatologicznego z punktu widzenia dyrektora szpitala i ordynatora, a także NFZ.

Do dyskusji włączył się prof. Jaques Belik, doskonale znający system opieki nad noworodkiem w Kanadzie. Poruszano tematy z zakresu zaburzeń stanu zdrowia kobiet w ciąży i ich wpływu na stan płodu i noworodka. Poszerzano wiedzę o najnowszych metodach wentylacji noworodka w Polsce i w Kanadzie oraz o najnowocześniejszym sprzęcie stosowanym w terapii oddechowej noworodka. Dużo uwagi poświęcono czynnikom ryzyka występowania zakażeń szpitalnych i metodom ich redukcji. Zaproszeni Wykładowcy zaprezentowali doniesienia z największych światowych zjazdów neonatologicznych, które zwróciły ich największą uwagę. Wiele dyskusji związanych było ze szczepieniami ochronnymi kobiet w ciąży i wcześniaków. Sesję specjalną poświęconą aspektom prawnym pracy neonatologów poprowadził prawnik zaangażowany w edukację i obronę lekarzy w procesach sądowych.

Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, prof. Ryszard Gellert, objął Patronatem Honorowym konferencję Wiosenne Spotkania Neonatologiczne oraz wygłosił porywający wykład inauguracyjny.

Tradycyjna u neonatologów w Polsce otwartość na wiedzę i nowe doświadczenia w połączeniu z wrażliwością na piękno przyrody i serdecznością w kontaktach towarzyskich złożyła się na wysoką ocenę konferencji przez jej uczestników.

◗

Opieka ukierunkowana na rodzinę na oddziale neonatologicznym

Maria Wilińska
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Z archiwum Kliniki Neonatologii CMKP

W ostatnich latach w Polsce systematycznie wzrasta przeżywalność noworodków urodzonych przedwcześnie. Sukces ten zawdzięczamy skoordynowanym działaniom wobec kobiety w okresie ciąży i porodu oraz wobec noworodka. Jednak w tym zaawansowanym postępie diagnostyki, monitorowania i terapii noworodek doświadcza stresu, a jego rodzice przeżywają strach, niepewność, mają poczucie zagubienia, winy, obawy o najbliższą przyszłość.

Sterydoterapia podczas ciąży w sytuacji zagrożenia przedwczesnym porodem, trójstopniowa opieka perinatalna, poprawa wykrywalności zakażeń wrodzonych i wrodzonych wad rozwojowych, wystandaryzowany przebieg porodu i opieki nad noworodkiem to kamienie milowe tego postępu. Dysponujemy szeroką diagnostyką laboratoryjną, ultrasonograficzną i zaawansowanymi możliwościami monitorowania nieinwazyjnego. Powstają standardy postępowania w wybranych sytuacjach klinicznych w odniesieniu do kobiety i noworodka. Dysponujemy sprzętem do wspomagania oddychania, metodami pozaustrojowego utlenowania, rozwija się chirurgia płodu, wykonywane są operacje w krążeniu pozaustrojowym.

Z drugiej zaś strony, procedury medyczne są dla noworodka bolesne, pozostają zakodowane w jego układzie limbicznym, mogą powodować zaburzenia emocjonalne w dalszym życiu. Pobyt dziecka na oddziale intensywnej terapii (OITN) nie zapewnia mu niezbędnego komfortu, a cena przeżycia to wiele powikłań jatrogennych, w tym emocjonalnych, bardzo ważnych i zazwyczaj niedocenianych. Każdy kontakt personelu medycznego z pacjentem OITN co do zasady wiąże się dla niego ze stresem i zazwyczaj z bólem. Nie wywołuje pozytywnych skojarzeń. Nakłucia skóry, zakładanie obwodowych i centralnych linii naczyniowych, zmiana opatrunków, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, zakładanie cewników dożołądkowych, czujników, stabilizacja aparatury wspomagającej oddychanie to najczęstsze i niestety bardzo nieprzyjemne procedury. Ich liczba wielokrotnie przekracza tysiąc zabiegów podczas kilkumiesięcznej hospitalizacji noworodka.

Dlatego od kilku już lat coraz uważniej wprowadzamy na oddziały intensywnej terapii noworodka zachowania łagodzące stres i ból. Zmiany dotyczą sposobu pielęgnacji, leczenia, indywidualizacji opieki, ograniczania negatywnej stymulacji i dostarczania możliwie jak największej liczby bodźców pozytywnych. U podstaw takiego podejścia leży uświadomianie personelu medycznego, że noworodek odbiera bodźce czuciowe całą powierzchnią swojego ciała. Skóra jest największym organem czuciowym dziecka. Jest najważniejszym narządem, którym noworodek kontaktuje się ze światem zewnętrznym. Dlatego negatywne bodźce odbierane przez dziecko muszą być równoważone tzw. dobrym dotykiem, neutralizującym złe doznania w przebiegu terapii.

W realizacji idei „dobrego dotyku" należy na pierwszym miejscu wykorzystać dobroczynny wpływ rodziców na oddziale intensywnej terapii noworodka. Ci rodzice, zdezorientowani i przerażeni niepewnością co do przeżycia dziecka, przepełnieni obawami o jego przyszłość, sami wymagają wszechstronnej pomocy. Należy ich poinformować o należnych im prawach, pomóc im odnaleźć się w ich położeniu, wskazać możliwości poruszania się po OITN, ustalić możliwości pozyskania informacji o dziecku. Powoli zorientują się, jak obserwować dziecko, jak rozpoznawać jego zachowania, reakcje na procedury, jakie ono ma potrzeby. Rodziców należy nauczyć, w jaki sposób mogą zrealizować swoje pragnienie nawiązania bliskich, serdecznych relacji z dzieckiem z zachowaniem pełnego bezpieczeństwa w trudnym procesie dojrzewania i stabilizacji podstawowych funkcji życiowych dziecka.

Personel powinien być świadomy, że korzystne działania środowiskowe wpływają ochronnie na rozwój i wzrastanie ośrodkowego układu nerwowego dziecka. To właśnie rodzice mogą zmienić dotychczasowe negatywne skojarzenia dotykowe dziecka na akceptowalne wrażenia pozytywne, odbierane jako bodźce przyjemnie i łagodne. „Dobry dotyk" rodziców równoważy wszelkie

nieprzyjemne doznania dziecka płynące z zaawansowanych technik medycznych.

Rodzice są najważniejsi w realizacji tej filozofii opieki nad dzieckiem. Ważne jest, aby zostali zaangażowani od początku pobytu dziecka na oddziale neonatologicznym. Niezbędne jest, aby zminimalizować u nich poczucie lęku, wyjaśnić potrzebę obserwacji dziecka, aby była możliwa „współpraca" z dzieckiem oparta na obserwacji jego „odpowiedzi". Dialog z dzieckiem jest podstawą „dobrego dotyku". Dziecko powinno być ośmielane i zachęcane do tego dialogu z rodzicem pod czujnym okiem personelu medycznego. Realizacja tego dialogu jest procesem dynamicznie zamieniającym się w czasie od pierwszych godzin pobytu na OITN do zakończenia hospitalizacji po kilku miesiącach.

W pierwszych chwilach będzie to fizyczna bliskość rodziców i dziecka, jeszcze bez fizycznego kontaktu. Już otwarcie inkubatora i położenie ręki w pobliżu główki czy stópki dziecka oraz możliwość patrzenia na dziecko będzie dużym przeżyciem dla rodziców. Jest to też ważny sygnał dla dziecka o obecności rodziców. W tym czasie możemy im udzielać pierwszych informacji o dziecku. Uspokajamy rodziców, bo ich emocje, nastrój i reakcje są ważne dla wytwarzania pozytywnych więzi z dzieckiem.

Pierwszy fizyczny kontakt rodziców z dzieckiem jest możliwy, gdy tylko osiągnie ono podstawową stabilność oddechowo-krążeniową. Jak podkreślałam, dziecko powinno zaakceptować dotyk. Jest to możliwe do sprawdzenia, jeśli będziemy obserwować jego zachowanie i reakcje biofizyczne – czynność serca, saturację w odpowiedzi na głos rodzica, na dotknięcie. Uprzednie złe doświadczenia dziecka, nadmiar światła, hałas, dyskomfort cieplny, niewygodna pozycja opóźniają jego gotowość do kontaktu. Na zamiar kontaktu dziecko zareaguje z wyprzedzeniem negatywnie. Nie uzyskamy przyzwolenia dziecka na zbliżenie.

Najprostszą, pierwszą formą kontaktu jest położenie na dziecku ręki – ciepły, jednostajny, stabilny dotyk do ciała. Jeśli jest akceptowany, należy go kontynuować. Dla rodziców jest to czas nabierania pewności, że dziecko akceptuje ten gest, stabilizuje swój stan, odbiera pozytywnie. To wzmacnia poczucie pewności u rodziców i stanowi pierwszy krok na drodze nabywania kompetencji rodzicielskich.

Techniką bardziej zaawansowaną jest ułożenie dłoni z lekkim przytrzymaniem ciała dziecka. Ma to duże znaczenie u dzieci niespokojnych, nadmiernie ruchliwych. Ręka jest jednak nadal nieruchoma. Wiele dzieci źle znosi głaskanie, reagując destabilizacją na ruch ręki rodzica. Brak akceptacji powinien spowodować czasowe powstrzymanie się rodzica od bardziej zaawansowanej formy kontaktu.

Kolejnym krokiem jest połączenie kontaktu z przemawianiem do dziecka, następnie z jednoczesnym podaniem pojedynczych kropli pokarmu matki na śluzówki jamy ustnej dziecka. W zależności od doświadczeń ośrodka może to być też gazik lub wacik nasączony mlekiem mamy, podany do ssania. Tym sposobem można też łagodzić stresujące sytuacje, którym podlega dziecko.

Należy ciągle obserwować, czy dziecko akceptuje progresję „dobrego dotyku". Obserwuje personel, ale rodzice są uczeni rozpoznawania tych reakcji. Można spotkać reakcje uniku, destabilizację w parametrach biofizycznych, ucieczkę od kontaktu. Należy pamiętać, że bodźce powinny być stosowane pojedynczo i stopniowo co do szybkości, czasu trwania i nasilenia. Każda czynność pielęgnacyjna przy dziecku powinna być realizowana zgodnie z ideą „dobrego dotyku" i wykorzystywana do utrwalania przyjemnych doznań dziecka.

Rodziców należy kolejno włączać do coraz bardziej zaawansowanych oddziaływań na dziecko. Po opanowaniu przez nich umiejętnego dotykania dziecka przychodzi czas na naukę ułożenia i zmian pozycji ciała w inkubatorze. Punktem wyjścia do tej nauki jest nawiązywanie do doświadczeń płodowych dziecka. Otulanie, podparcie kończyn, pozycja zgięciowa i zachowanie krzywizn kręgosłupa to cechy komfortu wewnątrzmacicznego. Realizacja tych zasad jest możliwa, jeśli wykorzystuje się ułożenie na łóżku wodnym, na owczej skórze, wykorzystuje się rękawiczki wypełnione wodą, używa zwiniętych ręczników do stabilizacji pozycji i pieluszek do otulania dziecka. Metody te symulują ułożenie dziecka w macicy. Należy pozwolić, a właściwie umożliwić dziecku takie ułożenie, aby mogło poruszać kończynami, dotykać rączkami twarzy, ssać paluszki – podobnie jak w życiu płodowym. Zmiany pozycji ciała powinny być realizowane z zachowaniem długiej osi ciała, bez skręcania. Dziecko powinno być chwycone stabilnie, otulone pieluszką, ruch powinien być wykonywany wolno i delikatnie.

Wszystkie zabiegi pielęgnacyjne powinny być wykonywane powoli, stabilnie, bez pośpiechu. Zawsze trzeba zarezerwować odpowiednią ilość czasu dla dziecka i jego rodziców. Należy wykonywać tylko niezbędne procedury, co zawsze wymaga zastanowienia się i przeanalizowania konieczności zaburzania spokoju dziecka. Wszelki kontakt z dzieckiem i rodzicami powinien być nacechowany serdecznością i empatią. Należy pamiętać, że nie wolno bez potrzeby przerywać snu dziecka.

Jak najszybciej należy zmierzać do kangurowania noworodka leczonego na oddziale intensywnej terapii. W Polsce dążymy do ideału, który w najlepszych światowych modelach opieki nad noworodkiem jest już normą – wychowywania wcześniaka na OITN na piersiach hospitalizowanej matki lub ojca. Obecnie rodzice naszych pacjentów nabywają kompetencji rodzicielskich pod naszym okiem. My, personel medyczny oddziałów intensywnej terapii noworodka, najwyraźniej też mamy zadanie nabywania kompetencji w zakresie personalizowanej opieki nad dzieckiem i rodziną. W polskim modelu opieki nad wcześniakiem jest w tym zakresie jeszcze wiele do zrobienia, ale z pewnością jesteśmy na dobrej drodze.

Leczymy przyjaźnie i skutecznie, czyli rodzina jeszcze bliżej noworodka urodzonego przedwcześnie na OION

dr n. med. Marta Twardoch-Drozd
Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej

Niedoścignionym wzorem do naśladowania w zakresie przyjaznego i skutecznego leczenia noworodka na intensywnej terapii jest ośrodek w Uppsali w Szwecji. To tutaj rodzice kangurują swoje przedwcześnie urodzone dziecko 24 godziny na dobę, budowane są partnerskie relacje między personelem medycznym i rodzicami, wyniki leczenia należą do najlepszych na świecie. To droga do poprawy przeżywalności skrajnych wcześniaków, lepszego rozwoju w przyszłości oraz wsparcia rodzin, dla których ten czas może być najtrudniejszym w życiu.

My nie jesteśmy Szwecją, ale codzienną ciężką pracą staramy się drobnymi kroczkami adaptować model szwedzki do naszych warunków na oddziale.

Przede wszystkim wyszliśmy z założenia, że rodzice są naszymi równorzędnymi partnerami w opiece nad dzieckiem, ponieważ wspaniale się uzupełniamy. Personel zajmuje się diagnostyką i leczeniem, natomiast rodzic daje miłość, „dobry dotyk", najwłaściwszy pokarm i w ten sposób wpływa na rozwój swojego dziecka. Nasze zaangażowanie, czas poświęcony na rozmowę i edukację rodziców, sprzyja budowaniu wzajemnego zaufania, zmniejsza stres.

W naszym ośrodku w Rudzie Śląskiej od kilku już lat umożliwiamy mamie stały pobyt do czasu wypisu dziecka. Konieczność pozostawienia dziecka w szpitalu może wiązać się z poczuciem niepewności, lękiem, odczuciem ogromnej pustki. Całodobowy pobyt mamy sprzyja nawiązaniu bliskiego kontaktu z dzieckiem, kangurowaniu kilka razy w ciągu dnia, stymulacji laktacji, lepszemu poznaniu osób opiekujących się małym pacjentem, przejmowaniu kompetencji w opiece nad dzieckiem. Nie zapominamy o ojcach, którzy również wspaniale angażują się w opiekę nad swoim dzieckiem i wspierają mamy.

Jednym z najważniejszych aspektów w zakresie przyjaznego leczenia noworodka jest kangurowanie. Pozwala na właściwą kolonizację skóry, redukuje stres, wpływa korzystnie na laktację i rozwój ośrodkowego układu nerwowego wcześniaka. Jedynym warunkiem jest stabilny stan pacjenta. Tą procedurą obejmujemy też noworodki zaintubowane albo z cewnikami pępkowymi. Podczas kangurowania zachęcamy mamy do rozpoczęcia ssania nieodżywczego przez dziecko przez podanie mu opróżnionej piersi. Poza aspektem psychologicznym ma to również niebagatelny wpływ na karmienie piersią. Stopniowo ssanie nieodżywcze przechodzi w ssanie odżywcze, co uznajemy za złoty standard w karmieniu noworodka, w tym przedwcześnie urodzonego.

Wiemy doskonale, że najwłaściwszym pokarmem dla noworodka jest mleko własnej mamy. Nie tylko odżywia; mleko jest jedynym „lekiem" o udowodnionej czynności immunomodulacyjnej u noworodków przedwcześnie urodzonych. Obecność α-laktalbuminy, probiotyków, prebiotyków, oligosacharydów, IgA wspiera niedojrzały układ odpornościowy, stanowiąc ochronę przeciw patogenom, umożliwiając prawidłową kolonizację jelit, zmniejszając ryzyko zakażeń szpitalnych, martwiczego zapalenia jelit. Dlatego powołaliśmy specjalny pion laktacyjny na naszym oddziale, w skład którego wchodzą także doradcy laktacyjni. Posiadamy bogato wyposażony pokój laktacyjny, nasze mamy nieodpłatnie korzystają z potrzebnego sprzętu i otrzymują niezbędne akcesoria do odciągania mleka. W strukturach naszego szpitala znajduje się Śląski Bank Mleka Kobiecego. Od kilku lat analizujemy skład mleka kobiecego u każdej mamy, która urodziła wcześniaka, w tym dawczyń mleka.

To pozwoliło nam na wprowadzenie w życie określonych procedur dotyczących karmienia noworodków. Obowiązkowo w pierwszej godzinie po urodzeniu noworodkowi podajemy siarę mamy (ewentualnie przy jej braku mleko bankowane). Naszym najważniejszym celem jest osiągnięcie pełnego żywienia drogą przewodu pokarmowego w 3–5 dobie życia. Nie podajemy mieszanki mlekozastępczej u dzieci z masą ciała poniżej 1,8 kg. Takie postępowanie umożliwia nam szybkie usunięcie cewnika z żyły pępkowej, tym samym redukując ryzyko sepsy odcewnikowej, która należy u nas do rzadkości.

W naszej praktyce oddziałowej staramy się zawsze możliwie najrzadziej i najkrócej stosować antybiotyki. Doskonale wiemy, że leki te powodują bardzo niekorzystne zmiany w mikrobiomie jelit, są potencjalnie toksyczne, o niepewnej farmakologii, wymagają utrzymywania dostępu dożylnego. Wczesna antybiotykoterapia zwiększa śmiertelność, ryzyko zakażeń szpitalnych, martwiczego zapalenia jelit, dysplazji oskrzelowo-płucnej. W praktyce najczęściej oznacza to dla nas pobieranie posiewu krwi pępowinowej u noworodków z grup ryzyka, jakimi są chorioamnionitis, PPROM oraz u noworodków, u których stan kliniczny sugeruje zakażenie uogólnione. Bezwzględnie odstawiamy antybiotyki do 36. godziny życia, jeśli posiew krwi jest ujemny. Przy podejrzeniu sepsy o etiologii gronkowcowej pobieramy dwa posiewy krwi z różnych miejsc.

Kluczową rolę w aspekcie przyjaznego leczenia noworodków odgrywa w ogóle ograniczenie jakiejkolwiek formy farmakoterapii. Stosujemy możliwie jak najmniej leków. Obligatoryjnie podajemy w pierwszej dobie życia jedynie witaminę K, szczepionkę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, stosujemy profilaktykę noworodkowego zapalenia spojówek. W kolejnych dobach na kartach leczenia znajdują się z reguły tylko witamina D i Cytrynian kofeiny, a po ukończeniu pierwszego miesiąca życia – preparat żelaza. W razie potrzeby zlecamy oczywiście poza antybiotykami surfaktant, albo leki sedacyjne i możliwie najrzadziej wszelkie inne, jak aminy katecholowe, preparaty krwiopochodne. Promujemy także leczenie drogą doustną (Cytrynian kofeiny do mleka, nawet przy karmieniu 1 ml, Dexaven w leczeniu BPD, Morfina, czy Pedicetamol).

Wspieranie rozwoju to oczywiście domena rodziców, jednak jako personel odgrywamy w tym zakresie niebagatelną rolę. Przede wszystkim stawiamy na delikatną, zindywidualizowaną pielęgnację dziecka. Dbamy o sedację podczas potencjalnie bolesnych, nieprzyjemnych procedur. Angażujemy wtedy rodziców do podawania wcześniej glukozy czy mleka, prosimy by ich dłonie otulały dziecko. Można pobrać krew do badań w trakcie kangurowania albo założyć obwodowy dostęp dożylny. Pamiętajmy, że z uwagi na niedojrzały układ nerwowy, głównie w zakresie dróg hamujących ból, noworodek urodzony przedwcześnie odczuwa go dłużej. Ciemność to niezwykle ważny czynnik środowiskowy dla naszych pacjentów. Podobnie jak w warunkach wewnątrzmacicznych w oku zachodzą procesy tzw. fotoadaptacji w ciemności. Zjawisko to związane jest ze zwiększonym zużyciem tlenu w gałce ocznej, co przekłada się na profilaktykę retinopatii wcześniaczej. Należy pamiętać, że u skrajnych wcześniaków brak jest odruchu źrenicznego, a więc bezpośrednie narażenia na bodziec świetlny wiąże się z bólem. Ważne jest więc stosowanie okryć na inkubatory, punktowych źródeł światła, osłanianie oczu w razie konieczności. Niezbędnym elementem jest również dbanie o ciszę na oddziale. W praktyce jest to chyba największe wyzwanie dla personelu. Pomocnym może być elektroniczne „ucho", które zmienia kolor w zależności od poziomu natężenia dźwięku wypracowanie przez zespół odpowiedniej „kultury oddziału".

Istotne jest także ograniczanie do minimum interwencji u pacjentów, co oznacza grupowanie procedur, odsysanie dróg oddechowych tylko wtedy, gdy to niezbędne, ograniczenie pobierania krwi do badań. W praktyce ograniczenie jatrogennej utraty krwi polega na szerokim wykorzystaniu krwi pępowinowej (także do oznaczania grup krwi), następnie pobieraniu krwi włośniczkowej, jeśli wynik badania wpłynie istotnie na postępowanie medyczne (np. rozpoczęcie czy zakończenie antybiotykoterapii, ocenimy homeostazę u noworodków < 26 tygodnia ciąży lub w niestabilnym stanie klinicznym). Z reguły w pierwszym tygodniu życia w zależności od wieku płodowego i stanu klinicznego pobieramy od 2 do 7 badań krwi, w kolejnym tygodniu życia znacząco mniej, od 0 do 2.

Pamiętajmy, że jako neonatolodzy, pielęgniarki i położne opiekujące się noworodkiem wykonujemy jeden z najpiękniejszych zawodów świata. W naszych rękach leży tak wiele, bo życie, dalszy rozwój oraz niejednokrotnie funkcjonowanie całej rodziny naszego małego pacjenta.

Rodzice na oddziale intensywnej terapii noworodka

Magdalena Zarlenga, Maria Kostro, Maria Wilińska
Kliniczny Oddział Neonatologii CMKP SPSK im. prof. W. Orłowskiego

Nie wszystkie noworodki rodzą się zdrowe. Część z nich wymaga obserwacji, diagnostyki, a nawet leczenia. Niektóre rodzą się bardzo „za wcześnie". Chorzy mali pacjenci objęci są stałym i bezpośrednim nadzorem nad stanem zdrowia. Pomagają w tym nowoczesne, profesjonalne inkubatory, systemy monitorujące, szeroka diagnostyka. Konieczne są wysokie i stale aktualizowane umiejętności lekarzy i pielęgniarek. To wszystko zapewnia kompleksowe wielokierunkowe leczenie, zgodne z obowiązującymi światowymi standardami. Współczesny oddział intensywnej terapii noworodka jest profesjonalnie zorganizowany i wyposażony w najbardziej nowoczesny sprzęt do ratowania życia noworodkom wszystkich kategorii ryzyka. Zapewnia możliwość leczenia ciężkich zespołów niewydolności oddychania różnej etiologii, począwszy od kontrolowanej tlenoterapii biernej i nieinwazyjnego wspomagania wentylacji, poprzez różne formy oddechu zastępczego z możliwością synchronizacji z oddechem pacjenta, po wentylację mechaniczną z użyciem tlenku azotu (NO) i oscylacyjną (HFOV).

Jak w tej machinie techniki czują się rodzice chorego dziecka? Łatwo sobie wyobrazić, że taka sytuacja jest dla nich źródłem ogromnego stresu. Dlatego większość oddziałów neonatologicznych III stopnia referencyjności zapewnia rodzicom profesjonalną opiekę psychologa.

Rodzice dotknięci niespodziewaną chorobą dziecka lub wcześniactwem odczuwają ogromny lęk, bezradność. Często wydaje im się, że są „zbędni", nie mogąc fizycznie pomóc dziecku. Zdają się w zupełności na personel. Jeśli w czasie trwania ciąży rodzice nie podjęli decyzji, jak karmić swoje dziecko, mogą mieć kłopot z rozpoczęciem laktacji. W dodatku mogą nie zdawać sobie sprawy, że karmienie naturalne jest możliwe również wtedy, gdy dziecko przebywa w innym miejscu niż matka. Co więcej, w tym dramatycznym momencie życia rodzinnego waga laktacji wydaje się nie mieć znaczenia.

Tymczasem przekazanie rodzicom informacji o roli stymulacji, podtrzymywaniu laktacji, aż do możliwości podjęcia prób karmienia bezpośrednio z piersi, jest obowiązkiem personelu na równi z wdrażaniem intensywnego leczenia. Wspieranie rodziców rozmową, radą, w atmosferze cierpliwości, spokoju i zrozumienia jest kluczem do osiągnięcia laktacyjnego sukcesu.

Tylko własna matka, jako jedyna na świecie, jest w stanie zapewnić swojemu dziecku najcenniejsze dla niego „lekarstwo", swoje mleko. Matka stymuluje i odciąga pokarm, ojciec wspiera ją, uczy się jak przechowywać i dostarczać pokarm. Ojciec wspiera matkę w okresach kryzysów laktacyjnych, pomaga jej wstawać w nocy. Rodzice mają wreszcie wymierne zadania.

Rola rodziców na OION

Rodzice nie są osobami odwiedzającymi, oni przebywają razem z dzieckiem na OION. Najważniejsze jest uświadomić rodzicom, że ich obecność i czynne włączenie się w opiekę nad dzieckiem czyni ich uczestnikami zespołu terapeutycznego. Uczestniczą w procesie leczniczym równolegle z personelem medycznym. Mogą według własnej woli brać udział w czynnościach pielęgnacyjnych, jak np. zmiana pozycji dziecka, wymiana pieluszek, pomiar ciepłoty ciała, podłączanie strzykawki z pokarmem. Rodzice nawiązują dialog z dzieckiem, uczą się sygnalizować nadmierny niepokój i dyskomfort dziecka. W trakcie kangurowania nawiązuje się nowy, silny, niezastąpiony kontakt matki i ojca z dzieckiem. Wcześniejsze zalecenia izolacji i niezakłócania „spokoju" dziecka zostały zastąpione intymnym, jak najwcześniejszym kontaktem noworodka z rodzicem skin-to-skin. Rodzice są zachęcani do rozmów z dzieckiem, czytania mu bajek, śpiewania kołysanek. Te „banalne" dla rodzica zdrowego dziecka czynności przełamują strach i nieuzasadnione poczucie winy rodziców.

Matki są zachęcane do odciągania pokarmu przy stanowisku dziecka. Próby przystawiania do piersi odbywają się, gdy tylko dziecko jest „gotowe", gdy wykazuje chęć do ssania. Czasem pierwsze seanse ssania nieodżywczego mają miejsce bardzo wcześnie, nawet w 27. tygodniu wieku postkoncepcyjnego, coraz częściej jeszcze w trakcie nieinwazyjnego wsparcia oddechowego.

Zazwyczaj podczas pierwszej rozmowy z personelem rodzice nie są w stanie wszystkiego zapamiętać. Również po wyjściu z oddziału nasuwa się im wiele pytań. Napisane zasady przebywania rodziców na Oddziale Intensywnej Opieki i Patologii Noworodka pozwalają rodzicom zrozumieć, czego się od nich oczekuje, ale też jakie są ich prawa. Pisemna informacja dla rodziców obiektywizuje oraz ustala takie same reguły dla wszystkich rodziców na oddziale. W razie niejasności rodzice wiedzą, z kim o nich porozmawiać.

Przewodnik dla rodziców na oddziale intensywnej terapii

Poniżej przykład takich zasad, które stworzyliśmy dla rodziców w Klinice Neonatologii CMKP

Prawa rodziców

1. Przebywanie z dzieckiem jest podstawowym prawem Rodziców i Dziecka. Personel dołoży starań, aby zapewnić warunki sprzyjające poczuciu bezpieczeństwa, wytwarzaniu bliskości i serdecznych więzi z dzieckiem.
2. Wszyscy Rodzice, niezwłocznie po przyjęciu ich dziecka do OION, otrzymują komplet informacji o zasadach postępowania wraz przeznaczonymi dla Nich materiałami informacyjnymi.
3. Pobyt Rodziców przy Dziecku na OION powinien być jak najdłuższy, bez nieuzasadnionych ograniczeń. Personel zachęca Rodziców oraz stwarza im warunki do jak najwcześniejszego i pełnego uczestnictwa w procesie leczenia, opiece i pielęgnacji swego dziecka. W miarę poprawy stanu dziecka, rola personelu pielęgniarskiego jako opiekuna dziecka stopniowo maleje na rzecz roli instruktora dla rodziców. To oznacza, że jeszcze podczas hospitalizacji rodzice zostają przygotowani do podjęcia całej opieki nad swoim dzieckiem.
4. Pobyt na OION jest przywilejem Rodziców, a nie ich obowiązkiem. Rodzice są informowani o dobroczynnym wpływie ich zaangażowania na zdrowienie dziecka. Jednak sami decydują, ile czasu spędzają z dzieckiem i w jakim stopniu włączają się w opiekę nad nim.

   Możliwe jest również wprowadzenie najbliższej rodziny dziecka (dziadkowie, rodzeństwo) do OION, na poniższych zasadach:
   - po ustaleniu z lekarzem OION;
   - w obecności jednego z Rodziców;
   - w ciągu ograniczonego czasu – określonego przez personel.

   Nie jest konieczne nakładanie przez te osoby odzieży ochronnej. Prosimy ich o zachowanie ogólnej czystości ubrań i obuwia.

1. Personel zachęca Rodziców:
   - do jak najdłuższej obecności przy dziecku, z zachowaniem obowiązujących zasad,
   - do zadawania pytań, rozmów z personelem,
   - do aktywności przy dziecku. Rodzice są nakłaniani do ustalania z pielęgniarką/położną pory nauki zasad opieki nad dzieckiem, na przykład dotykania, zmian pozycji, podaży pokarmu, pielęgnacji skóry, kąpieli dziecka.
2. Kangurowanie dziecka jest normalną procedurą terapeutyczno-pielęgnacyjną, realizowaną najwcześniej jak to możliwe, po decyzji lekarza. Rodzice są zachęcani do kangurowania dziecka. Ułatwiamy im realizację tej procedury.
3. Przerywania kangurowania nie uzasadniają:
   - planowane karmienie dziecka, które może być realizowane podczas kangurowania;
   - przekazywanie dyżuru. Informacje o sąsiednim dziecku należy przekazać w dyskretny sposób w osobnym miejscu.
4. W uzasadnionych przypadkach kangurowanie może realizować także wskazana przez Rodziców osoba bliska (dziadkowie, starsze rodzeństwo) pod warunkiem, że są zdrowi.

Środki ostrożności

1. Rodzice są nakłaniani do:
   - przygotowywania się do karmienia dziecka ok. 15–30 min. przed wyznaczoną porą podaży pokarmu;
   - uczestniczenia w Szkole Rodziców (według dostępnego planu spotkań).
2. W trosce o bezpieczeństwo dziecka i warunki pracy zespołu medycznego informujemy Rodziców o poniższych zaleceniach:
   - nieużywaniu telefonów komórkowych podczas przebywania z dzieckiem na OION (wyjątkiem jest wykonywanie zdjęcia fotograficznego dziecka)
   - powstrzymaniu się od swobodnych rozmów na sali OION
   - myciu i dezynfekcji rąk oraz utrzymaniu ich w czystości.

3. Rodzice będą poproszeni o wyjście z OION w sytuacjach:
   - przeprowadzania procedur aseptycznych w pobliżu stanowiska ich dziecka;
   - wykonywania zdjęć rtg u jakiegokolwiek dziecka na tej sali na OION;
   - reanimacji innego dziecka na tej sali na OION;
   - zachowania uniemożliwiającego normalną pracę zespołu medycznego.
4. Rodziców informujemy, że personel medyczny pozostaje podczas pracy pod dużą presją zagrożenia życia pacjenta. Praca lekarza i pielęgniarki na OION jest trudna, odpowiedzialna i wymaga skupienia uwagi nad każdym elementem

procesu leczenia. Dlatego konieczne jest wzajemne poszanowanie i współpraca w tworzeniu dobrej atmosfery i warunków do wypełniania obowiązków przez lekarzy i pielęgniarki/położne. Rodziców uprzedzamy, że nie w każdej chwili personel medyczny będzie mógł przerwać właśnie realizowaną procedurę medyczną.

Wszelkie wątpliwe kwestie rozstrzyga Kierownictwo Kliniki.

Szkoła dla Rodziców

Przygotowanie rodziców do przejęcia pełnej opieki nad dzieckiem, które było bardzo chore lub które wyzdrowiało tylko w określonym stopniu, może odbywać się także przez cykliczne spotkania informacyjne. Coraz więcej oddziałów neonatologicznych proponuje „szkoły dla rodziców" organizowane przez pracowników oddziału. Są to zajęcia skierowane głównie do rodziców wcześniaków, ale do wzięcia w nich udziału zachęcani są rodzice wszystkich dzieci. Podczas zajęć poruszane są tematy istotne dla zdrowia i bezpieczeństwa dziecka oraz zagadnienia niepokojące rodziców. Dzięki takim spotkaniom rodzice poznają personel i oddział. Mogą sprawnie poruszać się w zasadach panujących na oddziale. Tacy rodzice mają odwagę zadawać pytania, przedstawić swoje obawy, przygotowują się do życia poza szpitalem.

Bliska relacja z personelem pozwala dostrzec, w jakiej sferze rodzic może mieć trudności w domu. Wyjaśnianie zmian i zjawisk zachodzących dynamicznie u dziecka daje większe szanse na uniknięcie powrotu do szpitala. Czasem rodzice, którzy z różnych powodów są krótko z dzieckiem na oddziale, są zdziwieni, że dziecko w domu mało śpi, jest trudne do ukojenia. Szkoła dla rodziców to także okazja do spokojnego ugruntowania wiedzy na temat laktacji, obserwacji i rozróżniania stanów głodu i nasycenia. Matki, które przez długie tygodnie odciągają pokarm, mogą porozmawiać wtedy o swoich problemach. Matkom niezdecydowanym lub wątpiącym w karmienie piersią można przedstawić rzeczowe argumenty za długotrwałym karmieniem własnym mlekiem.

Nadrzędnym celem jest podtrzymywanie laktacji u matki chorego dziecka aż do rozpoczęcia karmienia piersią. Wzmacnianie wagi karmienia mlekiem matki często umożliwia karmienie naturalne trwające dużo powyżej 6. miesiąca życia dziecka. Do udziału w cyklach spotkań należy zachęcać też ojców. Często od ich zaangażowania zależy powodzenie karmienia naturalnego.

Bank mleka kobiecego

W marcu 2012 roku otworzyliśmy przy Klinice Neonatologii CMKP w SPSK im. prof. W. Orłowskiego pierwszy w Polsce bank mleka kobiecego. Wspólnie z Fundacją Bank Mleka Kobiecego stworzyliśmy podwaliny założeń logistycznych i merytorycznych tego przedsięwzięcia. Na wypracowanych wspólnie dokumentach oparta została organizacja aktualnie istniejących w Polsce banków mleka. Od tego czasu w Polsce większość noworodków, które przejściowo nie mogą być karmione mlekiem własnej matki, otrzymuje pasteryzowane mleko kobiece. Grupą noworodków najbardziej potrzebującą są ciężko chore noworodki hospitalizowane na Oddziale Intensywnej Terapii.

W dzisiejszych czasach prawie wszyscy rodzice zgadzają się bez zastrzeżeń na podawanie ich choremu dziecku „zgodnego antygenowo" mleka. Mleko pozyskiwane jest od zdrowych i prowadzących właściwy tryb życia honorowych dawczyń. Jest ono w standaryzowanych warunkach pobierane, przechowywane, przetwarzane oraz podawane potrzebującym pacjentom. Wszystkie wyżej opisane działania mają na celu uświadomienie niezwykłej roli pokarmu matki.

Informator oddziałowy

Z pisemnego wewnętrznego informatora rodzice powinni otrzymać informacje o dobroczynnym działaniu mleka kobiecego, w tym siary (właściwości odżywcze, immunologiczne, troficzne oraz stymulujące wzrastanie i rozwój dziecka), rozciągającym się na całe życie człowieka. Pisemne zasady ułatwiają rodzicom pobyt z dzieckiem w szpitalu. Są one również pomocne dla personelu medycznego, szczególnie kiedy jest on nieliczny. Zbiór reguł pozwala w jednolity sposób przekazywać rodzicom regulamin oddziału szpitalnego, wiedzę personelu na temat laktacji, usystematyzować szereg zadań i obowiązków rodziców względem ich chorego dziecka. Matka, która ma zaufanie do personelu zajmującego się jej dzieckiem, będzie chętniej podejmować próby regularnego odciągania mleka, długo pozostawać przy dziecku. To przekłada się na mniej powikłań i krótszy okres pobytu dziecka w szpitalu.

Dobrze wyedukowana matka, ojciec czujący się dobrze na oddziale przekazują pozytywne nastawienie następnym rodzicom dzieci z OIT. Poprzez zmniejszanie stresu rodziców chorych dzieci wspomagamy karmienie naturalne. Motywując, dopingując matki do podawania swoim dzieciom własnego pokarmu poprawiamy wyniki ich leczenia i rokowanie na przyszłość. ◗

Znaczenie mikrobioty przewodu pokarmowego dla dalszego rozwoju dziecka

dr n.med.Marzena Kostuch
Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

Przewód pokarmowy człowieka jest naturalnym siedliskiem wielu bakterii stanowiących niezwykle bogaty ekosystem, który zmienia się w ciągu naszego życia. Szacuje się, że liczba komórek bakteryjnych bytujących w jelitach jest około 10 razy większa od liczby komórek ciała. Mikroflora przewodu pokarmowego zwana mikrobiotą pozostaje w stałym kontakcie z bogatym unerwieniem przewodu pokarmowego. Ludzki przewód pokarmowy zawiera bowiem około 100 mln komórek nerwowych. Istnieje stała współpraca i współzależność między funkcjonowaniem układu nerwowego przewodu pokarmowego i mikrobiotą jelitową, która wpływa na ogólny stan zdrowia człowieka, jego samopoczucie, a nawet przyczynia się do powstania szeregu schorzeń, takich jak depresja, autyzm, a nawet choroba Alzheimera.

Mikrobiota jelitowa pełni szereg zadań. Pełni funkcję odżywczą dla kolonocytów, wpływa na biodostępność i wchłanianie składników pokarmowych, wytwarza krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe, produkuje witaminy B_{12}, K, kwas foliowy. Pełni funkcję immunologiczną poprzez sterowanie rozwojem układu odpornościowego niemowlęcia, wpływa na rozwój odpowiedniej tolerancji żywienia drogą przewodu pokarmowego, ochronę przed rozwojem chorób zapalnych, atopowych i autoimmunologicznych. Ponadto mikrobiota jelitowa wpływa na prawidłowy rozwój jelit, chroni przed kolonizacją przewodu pokarmowego przez patogeny, wpływa na rozwój i funkcjonowanie jelitowej bariery śluzówkowo-nabłonkowej, przyczynia się do utrzymania prawidłowych funkcji czuciowych i ruchowych jelita.

Pierwszy kontakt z florą bakteryjną może nastąpić już w życiu płodowym poprzez kontakt płodu z krwią pępowinową, łożyskiem, płynem owodniowym. Dziecko w łonie matki nie jest jałowe. Na kontakt z mikroflorą bakteryjną już w życiu płodowym mogą mieć wpływ stres, dieta w trzecim trymestrze ciąży, status socjoekonomiczny matki.

Jest szereg czynników wpływających na rozwój mikrobioty. Największe znaczenie dla kolonizacji przewodu pokarmowego noworodka ma rodzaj porodu. W czasie porodu fizjologicznego możliwy jest kontakt noworodka z florą bakteryjną przewodu pokarmowego i układu rozrodczego matki. Tym samym mikrobiom noworodków urodzonych drogą porodu fizjologicznego jest bardzo podobny do mikrobiomu pochwy własnej mamy. Natomiast noworodek urodzony drogą cięcia cesarskiego nie ma kontaktu z florą bakteryjną matki, a tylko ze środowiskiem szpitalnym i opornymi na antybiotyki szczepami szpitalnymi. W przypadku porodu naturalnego dolne partie przewodu pokarmowego noworodka kolonizują się w pierwszej dobie życia bakteriami z rodzaju *Escherichia*, *Enterococcus*, *Staphylococcus* i *Lactobacillus*. W kolejnych dobach zaczynają dominować bakterie kwasu mlekowego z rodzaju *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* (1).

Na skład mikroflory przewodu pokarmowego w pierwszym półroczu wpływa dojrzałość dziecka w chwili urodzenia się, kontakt z matką i otoczeniem oraz sposób żywienia. U dzieci karmionych piersią przeważają bifidobakterie, podczas gdy u dzieci karmionych mieszankami modyfikowanymi dominuje *E.coli*. W drugim półroczu na skład flory bakteryjnej wpływa wprowadzanie pokarmów stałych. U dzieci powyżej pierwszego roku życia flora bakteryjna jest już stabilna, o składzie jak u osób dorosłych. Zmiany chwilowe spowodowane są dietą, chorobami, stosowanymi lekami.

Rodzaj flory bakteryjnej kolonizującej przewód pokarmowy człowieka jest szalenie ważny dla prawidłowego rozwoju i stanu zdrowia. Bezpośredni wpływ dysbiozy na rosnące niemowlę może przejawiać się biegunkami, zakażeniami, kolką, zaburzeniami dyspeptycznymi. Natomiast odległy wpływ dysbiozy przejawia się zwiększonym ryzykiem wystąpienia alergii, chorób autoimmunologicznych, nietolerancji pokarmowej, zaburzeń trawienia, zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego, w tym zespołu jelita drażliwego, autyzmu, otyłości, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, w tym napadów lęku i depresji, a nawet chorób nowotworowych.

Istnieje szereg czynników zaburzających skład mikrobioty. Do takich czynników należy dieta bogata w proste węglowodany. Do innych czynników żywieniowych o niekorzystnym działaniu na bakterie jelitowe zaliczyć należy żywność wysoko przetworzoną zawierającą konserwanty, emulgatory czy barwniki. Kolejnym istotnym czynnikiem zaburzającym skład flory bakteryjnej przewodu pokarmowego są antybiotyki. Antybiotykoterapia zaburza florę bakteryjną na 1–2 lata!!

Według ostatnich doniesień mikrobiota jelitowa może odgrywać ważną rolę w „epidemii" otyłości. Z uwagi na to, że mikrobiota jelit może wpływać na masę ciała, wrażliwość na insulinę czy metabolizm glukozy i lipidów, można wysunąć hipotezę, że zmiany w obrębie mikrobioty

mogą mieć znaczenie w patogenezie otyłości i zespołu metabolicznego (2). Również nadużywanie leków z takich grup, jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), leki na nadkwasotę, sterydy i tabletki antykoncepcyjne działa szkodliwie na florę bakteryjną jelit, hamując rozrost dobroczynnych bakterii. Także stres wpływa na zmniejszenie liczebności dobroczynnych bakterii *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*.

Czy można zatem zapewnić dziecku zdrowy start? Czy wystarczy urodzić dziecko siłami natury i karmić go piersią, by zapewnić mu zdrowie? Bezsprzecznie wykazano, że nieprawidłowa flora bakteryjna we wczesnym etapie życia jest związana ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na szereg schorzeń, choć nadal dokładnie nie wiadomo, które bakterie i w jaki sposób wpływają na nasze zdrowie. Badania nad mikroflorą przewodu pokarmowego trwają. Warto jednak wykorzystać znaną już wiedzę, wybierając sposób przyjścia na świat własnego dziecka czy rodzaj pokarmu, jakie będzie dostawało.

Najczęstsze problemy doradcy laktacyjnego na oddziale

mgr Barbara Niezgoda
położna, certyfikowany doradca laktacyjny, psycholog
Klinika Położnictwa i Ginekologii IMiD w Warszawie

Wsparcie, wzmacnianie jest lekiem na kryzys – problemy z laktacją, różnice zdań, gorszy dzień, negatywne myśli i przeżycia, na częstą kolkę i płacz dziecka...

Wzajemne wsparcie i uzupełnianie się, np. w związku, patrzenie krok w przód, obserwowanie siebie i trwanie przy sobie to elementy sprzyjające w pierwszych i kolejnych dniach macierzyństwa. Szczęśliwa, spokojna i zaopiekowania mama – to również szczęśliwe i spokojne dziecko.

Ciąża, poród, połóg i karmienie piersią są bardzo dużym wydarzeniem w życiu kobiety i także jej najbliższego otoczenia. Jest to przełomowa chwila w życiu rodziny. Pamiętajmy także, że niejednokrotnie poród, pobyt w szpitalu jest pierwszym takim doświadczeniem w życiu kobiety, jakże często stresującym. Należy do tego jeszcze dołączyć zmęczenie wywołane przebytym porodem, nową sytuacją życiową związaną z pojawieniem się dziecka – rolą matki. W tym wszystkim bardzo ważne jest wsparcie, wzmocnienie, jakiego udziela personel szpitalny oraz najbliżsi na każdym etapie porodu, połogu i laktacji.

W codziennej pracy na oddziale napotykam na różne problemy w procesie laktacji i rodzicielstwa. Najczęstsze z nich to:

1. „Kontakt skóra do skóry" – jakże ważny etap w inicjowaniu laktacji, tworzeniu więzi pomiędzy matką a dzieckiem. Zdarzają się sytuacje, że jest on pomijany lub nieprzeprowadzany zgodnie z procedurą, często za zgodą rodziców.
2. Brak wiedzy, niedostateczna edukacja na temat aktywności noworodka tuż po narodzinach i po ukończeniu pierwszej doby życia. Pierwsza doba to zazwyczaj czas obniżonej aktywności dziecka. Jeżeli pierwsze karmienie było efektywne – jest to czas dla matki i noworodka na regenerację po trudach porodu.

   Druga doba natomiast to wzmożona aktywność dziecka – w tym czasie napotykam na największe problemy, ponieważ:
   - matka i jej najbliższe otoczenie nie mają wiedzy, że noworodek w tym czasie chce zazwyczaj często ssać, mają wrażenie, że nie posiadają wystarczającej ilości pokarmu. Jest to najczęstszy przypadek, kiedy matki karmiące decydują się na dokarmianie mieszanką i używania smoczków uspokajaczy.

   Podsumowując, na tym etapie bardzo ważna jest edukacja nie tylko pacjentki, ale także jej najbliższych zaangażowanych w opiekę. Także wsparcie psychologiczne i społeczne.
3. Brak ujednoliconych, spójnych komunikatów w czasie udzielanego wsparcia.
4. Problemem jest także przekaz płynący z najbliższego otoczenia, dotyczący jakości, ilości pokarmu (np. twoje mleko jest niewartościowe, w tych piersiach nie ma pokarmu, takie brodawki nie wykarmią dziecka, tutaj karmienia to nie będzie, etc.).
5. Ból brodawek, piersi (brak odpowiedniej techniki i wiedzy, że jest to proces).
6. Stosowanie kapturków (osłonek na brodawki) jako metody pierwszego wyboru w trudnościach w karmieniu. Brak edukacji w zakresie doboru właściwego rozmiaru i modelu.
7. Mity dotyczące rygorystycznej diety kobiety karmiącej piersią.

   Wsparcie, wzmacnianie, odpowiednia edukacja i spójna komunikacja, mogą przyczynić się do zminimalizowania powyższych sytuacji.

Otulajmy położnice i siebie – życzliwością i ciepłem.

Zajęcia ruchowe kobiet karmiących piersią – cele, zasady, błędy i rady

Lesław Kluba
Zakład Usprawniania Leczniczego
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Zgodnie z założeniami fizjologii wysiłku fizycznego i antropomotoryki zdrowotnej wobec matek, które karmią swoje dzieci piersią, należy wprowadzić zasady usprawniania ruchowego w oparciu o kompleksową aktywność wielomotoryczną. Największym problemem jest unikanie ingerencji w rytm dobowy karmienia piersią i cykl zachowań fizjologicznych dziecka, szczególnie w pierwszym półroczu jego życia. Mówiąc inaczej nadrzędną rolę pełni opieka nad dzieckiem, w tym jego karmienie i czynności związane z pielęgnacją, a na plan dalszy przesuwane są sprawy dotyczące matki w tym jej samopoczucia i sprawności.

Zasady podjęcia aktywności fizycznej przez kobiety po porodzie i karmiące piersią należy oprzeć na wytycznych treningu zdrowotnego oraz dostosować do indywidualnej wydolności. Przeważnie rozpoczęcie zajęć przypada na okres od 6. do 8. tygodnia po porodzie naturalnym oraz od 10. do 12. tygodnia po cesarskim cięciu. Przeciwwskazania do zajęć ruchowych powinien określić lekarz.

Cele zajęć ruchowych kobiet karmiących swoje dzieci piersią wynikają z przesłanek ćwiczeń fizycznych uprawianych przez inne grupy osób aktywnych. Ćwiczenia te powinny zrealizować cel prozdrowotny jako nadrzędny w obszarze aktywności fizycznej, cel psychiczny wynikający z procesów fizjologii ruchu i pochodne cele – estetyczny i edukacyjny.

Rady dotyczące ćwiczeń gibkości należy rozpocząć od analizy zachowań czynnościowych podczas codziennych zajęć matki karmiącej piersią. Z konstrukcji ludzkiego ciała wynikają pewne ograniczenia ruchów ku tyłowi po minięciu płaszczyzny czołowej przez kończyny górne. Z uwagi na funkcjonalność kończyn górnych i umieszczenie oczu w jednej płaszczyźnie, wszystkie czynności przy dziecku wykonywane są w pochyleniu do przodu. Przewijanie, karmienie czy kąpiel dziecka to ruchy wykonywane przez matkę w pozycjach ograniczających pełne zakresy i zasięgi ruchu dużych stawów i kręgosłupa. Dlatego bardzo wskazane są ćwiczenia, które będą zwiększały zakres ruchu, szczególnie do tyłu. Muszą one być poprzedzone rozciąganiem mięśni i ścięgien. W samych ćwiczeniach trzeba dążyć do delikatnych przeprostów stawów, czyli zaakcentowania ruchu w momencie granicznego oporu poprzez chwilowe wytrzymanie pozycji krańcowej.

Podstawowym zaleceniem w ćwiczeniach wydolnościowych będzie przestrzeganie obciążeń, które nie powodują wzrostu tętna powyżej granicy przemian beztlenowych. Najlepiej tak dobrać intensywność wysiłku, żeby przyspieszony oddech umożliwiał jeszcze rozmowę i był granicą nabrania powietrza w celu dokończenia zdania. W praktyce oznacza to wartości między 130 a 150 uderzeń serca na minutę. Wyższe tętno będzie oznaczać wejście organizmu w obszar metabolizmu beztlenowego, którego konsekwencją jest kumulacja kwasu mlekowego. Jego przenikanie do krwioobiegu może wpływać na smak i jakość pokarmu matki. Pozbycie się szkodliwych produktów przy intensywnych wysiłkach fizycznych może być rozciągnięte nawet na kilkanaście godzin I zachodzić na kolejne karmienia.

Z tego względu warunkiem podstawowym jest karmienie zawsze przed ćwiczeniami, a ich intensywność powinna być umiarkowana.

Bardzo wskazane są zajęcia w wodzie, które można wykonywać wspólnie z dzieckiem. Korzyści takich zajęć dla matki wynikają z faktu znacznego obciążenia kręgosłupa podczas ciąży i możliwości jego korekcji w warunkach wyporu wody, a dla dziecka jest to powrót do środowiska wód płodowych z przedłużeniem zdolności do pływania. Naturalne ruchy w wodzie stymulują rozwój i są bezpieczne dla elastycznego aparatu ruchu dziecka. Granicę wrodzonej zdolności do pływania stanowi okres między 6. i 8. miesiącem życia.

Odciążenie krążków międzykręgowych i stawów kręgosłupa karmiąca mama może uzyskać również, stosując odpowiednie pozycje w czasie ćwiczeń. Przykładem mogą być zajęcia w zwisach i podporach lub odpowiednio dobrana wysokość siodełka i kierownicy zarówno na rowerze tradycyjnym, jak i stacjonarnym. Efekt zmniejszenia obciążeń kręgosłupa osiągniemy, stosując ruch bez dużej amplitudy środka ciężkości, czyli w sportach mobilnych, takich jak jazda na łyżwach, wrotkach, rolkach, nartach biegowych lub wspomagając chód kijkami do nordic walking.

Jednym z zasadniczych błędów jest chęć uzyskania jak najlepszej sylwetki w krótkim czasie. Stąd w zajęciach następuje wybór ćwiczeń nastawionych na poprawę kształtu przede wszystkim brzucha, bioder i pośladków, a pomijane są pozostałe partie ciała. Należy pamiętać, że ustrój człowieka stanowi integralną całość ściśle powiązanych ze sobą zależności anatomiczno-funkcjonalnych. Mocny brzuch nie będzie współgrał ze słabymi klatką piersiową i grzbietem, tak jak silne uda są niewiele warte przy

słabych pośladkach. Specjalizacja ćwiczeń jest korzystna w sporcie, ale niewskazana w ogólnym treningu regenerująco-zdrowotnym dla kobiet po porodzie i karmiących dziecko piersią.

W tej sytuacji najlepsze będą takie zajęcia ruchowe, które pozwolą na odtworzenie i równomierny rozwój cech motorycznych decydujących o sprawności. Będą to siła, wytrzymałość, gibkość i pochodne: szybkość skracania włókien mięśniowych, moc i tolerancja wysiłku. Metodyka tych ćwiczeń nie będzie się różniła od standardowego wykonania, a różnice wynikają z ich realizacji na odpowiednio niższym poziomie intensywności i godzinach determinowanych karmieniem piersią.

Sposób, w jaki karmiąca matka będze dążyła do zwiększenia aktywności fizycznej, może przebiegać dwoma kanałami. Jeden stanowią gotowe i zorganizowane formy zajęć ruchowych, spośród których wybieramy odpowiednie do sytuacji i możliwości kobiety. Jako przykłady można zaproponować:

Zestaw 1
- Taniec brzucha – 1 raz w tygodniu (siła)
- Aquafitness – 1 raz w tygodniu (wytrzymałość)
- Yoga – 1 raz w tygodniu (gibkość)
- Spacer z dzieckiem w wózku i/lub BuggyGym – codziennie (wydolność)

Zestaw 2
- Zumba – 1 raz w tygodniu (gibkość)
- Aerobic – 1 raz tygodniu (wytrzymałość)
- Siłownia plenerowa – 1 raz w tygodniu (siła)
- Spacer z dzieckiem w wózku i/lub BuggyGym – codziennie (wydolność)

Zasadnicze wady takich propozycji to ograniczenie do raczej dużych miast z bogatą ofertą rekreacyjno–sportową, trudności organizacyjne i dodatkowe koszty za uczestnictwo. Z tego względu alternatywę dla małych ośrodków i mniej zamożnych rodzin mogą stanowić zajęcia przygotowane według własnego scenariusza. np.:

Zestaw 1
- Ćwiczenia z kółkiem hula-hop – 1 raz w tygodniu (siła)
- Jazda na rowerze – 1 raz w tygodniu (wytrzymałość)
- Ćwiczenia gimnastyczne z dużą amplitudą ruchu – 1 raz w tygodniu (gibkość)
- Spacer z dzieckiem w wózku – codziennie (wydolność)

Zestaw 2
- Marsz z kijkami nordic walking – 1 raz w tygodniu (wytrzymałość)
- Klasyczne ćwiczenia siłowe „brzuszki", „pompki", „przysiady" – 1 raz w tygodniu (siła)
- Gra w badmintona, ringo lub obszerne ruchy stawów kończyn i kręgosłupa (gibkość)
- Spacer z dzieckiem w wózku – codziennie (wydolność)

Wydaje się najbardziej racjonalnym odpowiedni wybór i dostosowanie aktywności ruchowej matek karmiących piersią do indywidualnych możliwości z jednoczesnym kształtowaniem ogólnej sprawności ruchowej i krytycznym spojrzeniem na priorytety szybszego osiągnięcia stanu czynnościowo–estetycznego sprzed ciąży, mając na uwadze przede wszystkim dobro karmionego piersią dziecka.

Zestawienie 1. Cele zajęć ruchowych kobiet karmiących piersią.

CEL ZAJĘĆ	EFEKT
Zdrowotny	Szybsze odzyskanie sprawności i zdrowia przez matkę oraz stymulacja rozwoju dziecka elementami wspólnego udziału w ruchu
Psychiczny	Lepsze samopoczucie kobiety i wsparcie przy karmieniu
Estetyczny	Ładny wygląd w okresie karmienia i przyspieszenie uzyskania poprawnej sylwetki
Edukacyjny	Propagowanie postępowania przy karmieniu piersią i nauka zachowań przy ewentualnej kolejnej ciąży

Zestawienie 2. Zasady zajęć ruchowych kobiet karmiących piersią.

PODSTAWOWE ZASADY	SKUTEK
Ćwiczymy zawsze po karmieniu piersią	Brak podwyższonego poziomu kwasu mlekowego podczas karmienia
Systematyczność ćwiczeń	Osiągnięcie efektu treningu leczniczego/ zdrowotnego/sportowego
Wszechstronność ćwiczeń	Równomierny rozwój i odtworzenie sprawności
Ćwiczenia dostosowane do możliwości fizycznych	Realizacja zamierzonego efektu
Zwiększenie dobowego spożycia kcal	Pokrycie potrzeb energetycznych

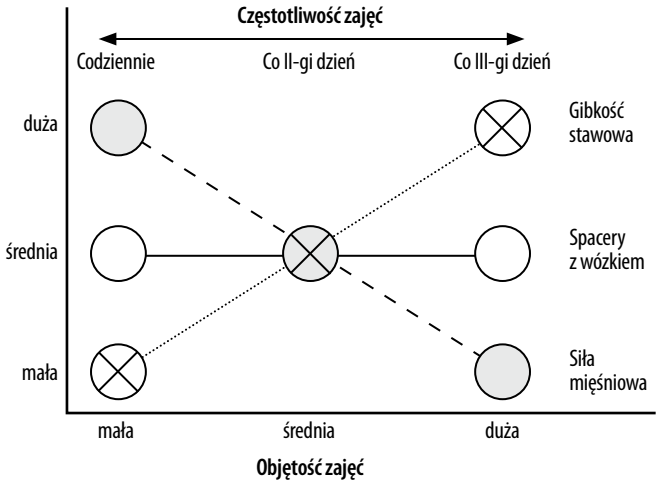
Zestawienie 3. Błędy w zajęciach ruchowych kobiet karmiących piersią.

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY	UWAGI
Stosowanie osiowych obciążeń kręgosłupa	Np. bieganie, skakanka
Brak rozgrzewki przed zajęciami	Narażenie na urazy i przeciążenia
Brak przeprostów w czasie ćwiczeń	Np. koci grzbiet, kołyska, obszerne wymachy
Wysoka intensywność ćwiczeń	Osiągnięcie progu metabolicznego wysiłków beztlenowych mleczanowych
Wąska specjalizacja ćwiczeń	Ćwiczenia ograniczone do wybranych grup mięśniowych np. brzuch
Brak ćwiczeń oddechowych	Gorsza ruchomość klatki piersiowej i mniejsza wentylacja płuc

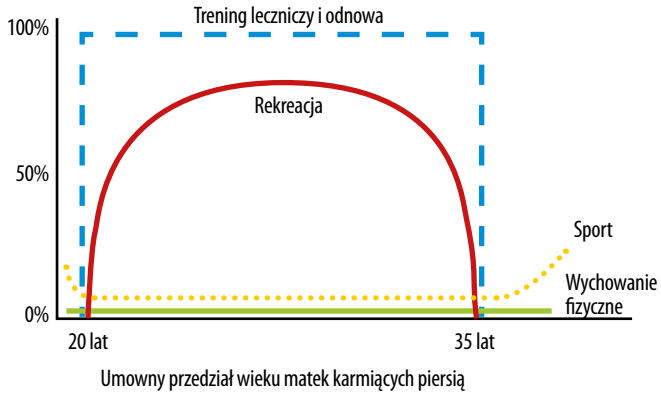
Zestawienie 4. Rady dotyczące aktywności ruchowej kobiet karmiących piersią.

RADY	PRZYKŁADY
Zawsze przed ćwiczeniami przygotować organizm do wysiłku	5 –10 minut rozruchu np. marsz w miejscu z wysokim unoszeniem kolan
Ćwiczenia gibkości stawów	Obszerne ruchy z rozciągnięciem mięśni np. próba dotknięcia sufitu, siad płotkarski
Ćwiczenia siły mięśniowej	Można ćwiczyć razem z dzieckiem; unoszenia dziecka w staniu i leżeniu
Ćwiczenia wytrzymałości (kondycji)	Wykorzystać spacery z wózkiem przez zwiększenie tempa i długości marszu
Korzystanie ze środowiska	Wyjazdy wypoczynkowo – regenerujące z dzieckiem w różne regiony kraju

Diagram zależności między intensywnością i objętością aktywności fizycznej kobiet karmiących, a częstotliwością zajęć ruchowych dla ćwiczeń siły mięśniowej, gibkości stawów i spacerów z wózkiem. Umownie dla zajęć 7 dni w tygodniu, 3–4 dni i 2 razy tygodniowo. Innymi słowy, objętość oznacza ilość poszczególnych czynności, czyli co wykonujemy, a intensywność, w jaki sposób ćwiczymy (szybko, wolno, ile powtórzeń).



Intensywność działania składowych kultury fizycznej w okresie karmienia dziecka. Trening leczniczy zaznaczono linią przerywaną, ponieważ jest procesem okresowym, który może się pojawić w każdym momencie, ale zawsze będzie dążył do maksimum, przeciwnie niż wychowanie fizyczne zredukowane w tym okresie do zera i zredukowany sport. Niekwestionowanym wsparciem są zajęcia rekreacyjne w każdej formie.



Wnioski:

- W przedstawionym zagadnieniu występują obszary nie do końca precyzyjnie opracowane i wyjaśnione, które stanowią pole do „zagospodarowania", np. granice tolerancji wysiłkowej kobiet karmiących czy poziom energetyczny diety.
- Brak jednoznacznej kwalifikacji lekarskiej do zajęć ruchowych dla matek karmiących piersią.
- Konieczne czuwanie nad nowymi formami aktywności fizycznej i ewentualna ich adaptacja na potrzeby wykorzystania w programie usprawniania kobiet karmiących piersią.
- Brak unormowań i schematów postępowania ruchowego.
- Występuje dowolność kompetencji zawodowych. Zajęcia ruchowe dla matek karmiących piersią powinny być zlokalizowane bardziej w kręgach fizjoterapii niż rekreacji i sportu.
- W celu podniesienia świadomości matek karmiących należy rozwijać akcje edukacyjne z udziałem różnych specjalistów (laktacji, fizjoterapii, treningu osobistego, pediatrii, zdrowia publicznego).

Niniejszy artykuł stanowi podsumowanie problemów związanych z racjonalnym stosunkiem do karmienia piersią i dbaniem o dobrą kondycję matek. Na pewno nie wyczerpuje on wszystkich zagadnień, ale jest wyznacznikiem kierunku postępowania. Pozostałe bardziej szczegółowe informacje można znaleźć w Biuletynach KUKP. ◗

WYDAWCA:
Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią
ul. A. J. Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa
tel.: 22 45 02 400, e-mail: kukp@laktacja.pl, www.laktacja.pl
Biuro czynne: wtorek i czwartek w godz. 9.00-15.00
KUKP jest organizacją pożytku publicznego

Jedyna bezkompromisowa metoda wsparcia oddechowego podczas karmienia piersią

HiVNI™ THERAPY

DUTCHMED

85-738 Bydgoszcz, ul. Szajnochy 14, tel./fax (52) 345-31-15, **e-mail:** dutchmed@dutchmed.pl **www.**dutchmed.pl

MOMbrella©

Tu dbamy o mamy

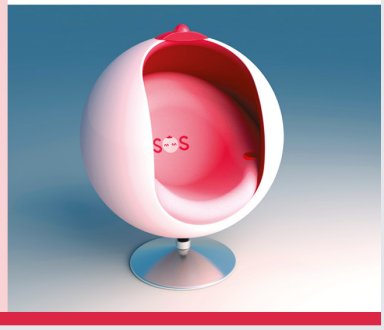
Status i znak MOMbrella są przyznawane przez Fundację FreeMOM instytucjom, miejscom i obiektom użyteczności publicznej, których właściciele lub zarządcy w szczególny sposób przyczyniają się do stworzenia w zarządzanych przez nich przestrzeniach przyjaznych warunków dla mam karmiących piersią.

Patron projektu:
Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

www.MOMbrella.pl

Fundacja FREE

Koordynatorem projektu jest fundacja **FreeMOM**

Koncept powstał na bazie idei **MOM SOS**, którą zapoczątkował napój na laktację **MOM SOS**

...i kontynuuje Fotel dla Mam Karmiącyh Piersią w Miejscach Publicznych **MOM SOS**