



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 2/2018

ISSN 1509-7250

W numerze:

- Aktualizacja „10 kroków do udanego karmienia piersią”
- Praktyczne zasady przeprowadzania ocen i reocen Szpitali Przyjaznych Dziecku
- „10 kroków...” Wskazówki do wdrażania na oddziałach z patologią noworodka i intensywną terapią
 - Karmienie piersią a stres matki
 - Aktywność fizyczna matek karmiących
- Najnowsze badania naukowe publikowane na świecie w zakresie laktacji i karmienia naturalnego
 - Lista Szpitali Przyjaznych Dziecku



Drodzy Czytelnicy!

Z okazji świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2019 składam w imieniu Zarządu Głównego KUKP oraz własnym serdeczne życzenia – oby 2019 rok był pomyślny, pełen dobrych zdarzeń dotyczących zarówno życia prywatnego, jak i pracy zawodowej. Stowarzyszeniu Upowszechniania Karmienia Piersią życzę dalszej owocnej pracy oraz sukcesów w szerzeniu idei naturalnego żywienia noworodków i niemowląt. Życzę, aby świadomość niezastępowalnej wartości żywienia naturalnego stała się powszechną i sprzyjała pogłębieniu macierzyństwa oraz rozwojowi dzieci.

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



Pięć szpitali obroniło tytuł SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU w 2018 roku

Komisja Ocen 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”.

- Centrum Medyczne „Żelazna” Szpital i Przychodnia św. Zofii w Warszawie
- Szpital Powiatowy im. św. Jadwigi Królowej w Hrubieszowie
- Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie
- Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

Pełną listę szpitali, które są uprawnione do używania tytułu Szpital Przyjazny Dziecku, zamieszczamy na str. 16.

Aktualizacja „10 kroków do udanego karmienia piersią”

dr n.med. Marzena Kostuch

*Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie*

W 1974 roku WHO po raz pierwszy ogłosiła, że karmienie mlekiem matki jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i dzieci, podkreślając wartość wyłącznego karmienia piersią w pierwszych miesiącach życia. W 1989 roku powstał dokument UNICEF/WHO pt. „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią – szczególna rola opieki okołoporodowej”, a w 1990 roku powstała Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku, której zadaniem było upowszechnianie praktyk wspierających karmienie piersią w placówkach ochrony zdrowia według zasad zawartych w dokumencie „10 kroków do udanego karmienia piersią”

Do 2017 roku treść „10 kroków ...” z niewielkimi modyfikacjami była niezmienna. W 2017 roku WHO opublikowała nowe wydanie dokumentu „Ochrona, promocja i wspieranie karmienia piersią w placówkach świadczących opiekę położniczą oraz opiekę nad noworodkiem”, który zawiera zaktualizowane „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

Zakres nowych wytycznych ograniczony jest do praktyk, które mogą zostać wdrożone w placówkach świadczących opiekę położniczą oraz opiekę nad noworodkiem w celu ochrony, promocji i wspierania karmienia piersią.

Zaktualizowane „10 kroków do udanego karmienia piersią” zostało podzielone na dwie części. Pierwsza obejmuje krytyczne dla udanego karmienia piersią procedury związane z zarządzaniem. Krok pierwszy został podzielony na 3 podpunkty. W części drugiej zostały zebrane kluczowe dla karmienia piersią praktyki kliniczne.

Zaktualizowane „10 kroków do udanego karmienia piersią” mają obecnie następujące brzmienie.

Krytyczne procedury związane z zarządzaniem:

- 1a. Stosować się do zasad Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia.
- 1b. Posiadać spisane zasady karmienia niemowląt, które są rutynowo przekazane personelowi i rodzicom.
- 1c. Stworzyć stały system monitorowania i zarządzania danymi.

2. Zapewnić, aby personel posiadał wystarczającą wiedzę, kompetencję i umiejętności do wspierania karmienia piersią.

Kluczowe praktyki kliniczne:

3. Informować kobiety w ciąży i ich rodziny o korzyściach z karmienia piersią oraz zasadach postępowania w czasie karmienia piersią.
4. Umożliwić matce i dziecku jak najwcześniej po porodzie nieprzerwany kontakt skóra do skóry i pomóc matce w zainicjowaniu karmienia piersią najszybciej jak to możliwe
5. Pomóc matce w zainicjowaniu i podtrzymaniu karmienia piersią oraz nauczyć matkę rozwiązywać najczęstsze trudności w okresie laktacji.
6. Nie podawać noworodkom karmionym piersią żadnych pokarmów ani płynów innych niż mleko ludzkie z wyjątkiem sytuacji, gdy wymagają tego względy medyczne.
7. Umożliwić matce i dziecku wspólny pobyt w systemie rooming-in przez całą dobę.
8. Nauczyć matki jak rozpoznawać u dziecka objawy gotowości do karmienia i pomóc matce w reagowaniu na nie.
9. Informować matki na temat ryzyka używania butelek do karmienia i smoczków uspokajaczy.
10. Po wypisie ze szpitala umożliwić rodzicom i ich dzieciom szybki dostęp do wsparcia i opieki.

Najistotniejsze różnice w nowych „10 krokach...” dotyczą m.in. konieczności stosowania monitoringu tzw. wskaźników karmienia piersią w placówkach ochrony zdrowia noszących tytuł SzPD lub ubiegających się o ten tytuł (krok 1 c). Należy monitorować i analizować (analiza co najmniej raz na pół roku przez grupę powołaną do koordynowania działań związanych z Inicjatywą Szpital Przyjazny Dziecku) różne wskaźniki karmienia naturalnego, minimum to monitoring tzw. wskaźników wartowniczych. Dwa wskaźniki, wczesne zainicjowanie karmienia piersią oraz wyłączone karmienie piersią, są uznawane za „wskaźniki wartownicze”. WHO zachęca do monitorowania szeregu innych wskaźników, ale wskaźniki wartownicze stanowią wymagane minimum.

Kolejną istotną różnicą w nowych krokach jest krok 2., który mówi, że trzeba zapewnić, aby personel posiadał wystarczającą wiedzę, kompetencję i umiejętności do wspierania karmienia piersią. Dotychczas wymagano, by personel odbył szkolenie dwudziestogodzinne z określonym programem. Obecnie WHO stoi na stanowisku, że nie należy skupiać się wyłącznie na określonym programie nauczania; istotniejsze są zdobyte umiejętności

i wiedza. Personel w czasie oceny lub reoceny ma wykazać się odbyciem dowolnego szkolenia laktacyjnego w ciągu ostatnich 2 lat, natomiast nacisk kładzie się na wiedzę, jaką posiadają pracownicy medyczni.

Brzmienie zmienił krok 4.. Aktualnie mówi, że należy umożliwić matce i dziecku jak najwcześniej po porodzie nieprzerwany kontakt skóra do skóry i pomóc matce w zainicjowaniu karmienia piersią najszybciej jak to możliwe. A zatem nacisk kładzie się na jak najwcześniejszy kontakt skóra do skóry (bezpośrednio po urodzeniu dziecka trwający minimum 60 minut), w czasie którego należy zainicjować karmienie piersią.

Kolejną zmianą jest interpretacja 6. kroku. WHO akceptuje, iż ostatecznie to matka decyduje o sposobie karmienia swojego dziecka. Zadaniem personelu medycznego jest natomiast zniechęcanie matki do podawania noworodkom innych płynów i pokarmów niż mleko kobiece. WHO rekomenduje, by noworodki przedwcze-

śnie urodzone, które nie mogą być karmione pokarmem własnej mamy, były karmione mlekiem z banków pokarmu kobiecego.

Sens zmienił również 9. krok. Poprzednio mówił, by nie podawać niemowlętom karmionym piersią żadnych smoczków ani uspokajaczy. Aktualnie WHO zaleca, by informować matki na temat ryzyka używania butelek do karmienia i smoczków uspokajaczy. WHO tym samym dopuszcza używanie butelek ze smoczkami do karmienia noworodków, wymaga natomiast poinformowania matki o ryzyku związanym z takim postępowaniem.

Według WHO nowe „Kroki” mają być mniej restrykcyjne, tym samym spełnienie kryteriów Szpitala Przyjaznego Dziecku ma być obecnie łatwiejsze. Czy tak będzie, ocenimy sami w czasie przygotowań do kolejnych ocen i reocen.

Praktyczne zasady przeprowadzania ocen/reocen Szpitali Przyjaznych Dziecku

dr n. o zdr. Elżbieta Łodykowska

Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny w Warszawie

Głównym rezultatem wdrożenia Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku (BFHI) był wzrost liczby kobiet karmiących piersią oraz spadek zachorowalności i umieralności we wszystkich regionach świata. Jest to pierwsza światowa inicjatywa dla karmienia piersią, która przekracza wszystkie narodowe, językowe, ekonomiczne i polityczne granice.

Niemniej jednak wieloletnie praktyki i doświadczenia Szpitali Przyjaznych Dziecku dowiodły, że istnieje konieczność zapewnienia pomocy i wsparcia nie tylko kobietom wybierającym karmienie naturalne, ale również tym, które nie karmią piersią i zdecydowały o innych sposobach żywienia dzieci. Poradnictwo w tym zakresie polega na udzielaniu pełnej, bezstronnej informacji wolnej od komercyjnej presji oraz wczesnym zapewnianiu kontaktu z noworodkiem, co umożliwia właściwy bonding między matką a dzieckiem.¹

W materiałach stworzonych przez WHO/UNICEF zawarte są wytyczne pomocne do szerzenia Inicjatywy.

Na podstawie opracowanego programu, tłumaczonego na wiele języków, powstał rozległy dokument – pakiet stanowiący wzorzec Szpitala Przyjaznego Dziecku, przy czym interpretacja i dobór kryteriów oceny szpitali są w gestii „narodowych komitetów” i mogą być dostosowane indywidualnie do możliwości i potrzeb poszczególnych krajów.

W jednej z części pakietu opisane są wskazówki i narzędzia potrzebne zewnętrznym zespołom oceniającym do sprawdzania, czy szpitale odpowiadają Kryteriom Globalnym, a zatem czy w pełni spełniają warunki „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

Materiały są poufne i nie mogą być udostępniane personelowi ani dyrekcji ocenianych lub reoceny szpitali.

Osoby zainteresowane pracą w zespołach powinny, wg rekomendacji WHO/UNICEF, przejść szkolenie wstępne. Jednodniowy kurs w zakresie zbierania danych, metod ich analizy oraz sprawozdawania wydaje się być wystarczający dla poznania procesu oceny/reoceny szpitali. Niezbędne jest poznanie sposobu doboru grupy lub zbierania wywiadów na podstawie obowiązujących kwestionariuszy. Finalnym etapem szkolenia jest zdobycie umiejętności przeprowadzania analizy i sporządzania raportu końcowego na podstawie uzyskanych wyników. Wskazane jest, by część osób ćwiczących swoje umiejętności w tym zakresie posiadała już pewne doświadczenia związane z procesem oceny szpitala.

Drugą część treningu stanowi szkolenie praktyczne w czasie rzeczywistej oceny placówki.

1 KUKP, tłumaczenie materiałów w 2012 r.

Proces przygotowań szpitala do oceny zewnętrznej obecnie nie jest trudnym zadaniem, gdyż Standardy Opieki Okołoporodowej w Polsce w dużej mierze zobowiązują szpitale do realizacji Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku. Niemniej jednak, by otrzymać ten tytuł należy poczynić szereg prac i niezbędnych starań zgodnie z wymogami i obowiązującymi na całym świecie wytycznymi WHO/UNICEF.

Kierownictwo szpitala pretendującego do oceny wyznacza osoby, które przeprowadzając analizę wstępną, dokonują samooceny², co pozwala skontrolować stopień zaawansowania prac w realizacji poszczególnych „10 kroków...”. Monitoring wstępny³, prowadzony przez pracowników pionu położniczego, noworodkowego, poradni laktacyjnej czy doradców laktacyjnych danej szpitala, powinien trwać 2 tygodnie. Po zebraniu wymaganych danych i przygotowaniu kompletu dokumentów⁴, dyrekcja szpitala zgłasza w oficjalnym piśmie swoją gotowość i zaprasza zewnętrzny zespół oceniający, proponując jednocześnie termin wizyty dogodny dla danej placówki. W odpowiedzi na ową propozycję KUKP przygotowuje umowę oraz potwierdza lub ustala termin i szczegółowy harmonogram wizyty zespołu oceniającego. Czas oczekiwania na przeprowadzenie oceny/reoceny zależy od kolejności zgłoszeń i nie powinien przekroczyć 3 miesięcy.

Delegowany przez KUKP zespół powinien być interdyscyplinarny (np. położna, położnik, neonatolog) i składać się z osób z dużym doświadczeniem w pracy w ramach Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku. Zaleca się, aby w skład zespołu wchodziło przynajmniej dwóch doświadczonych członków. Kryteriami wyboru powinny być rzetelna wiedza oraz umiejętności dotyczące postępowania w karmieniu piersią i problemach z laktacją, teoretyczna i praktyczna znajomość technik oceny oraz staż pracy zapewniający szacunek kierownictwa i personelu ocenianego szpitala. Ocena w szpitalach akademickich (klinicznych) powinna być prowadzona przez osoby o długim stażu pracy, z wieloletnią praktyką, cieszące się odpowiednim szacunkiem. Zespół składający się z 2-3 osób jest zazwyczaj w stanie przeprowadzić wizytację w ciągu 2 dni.

2 www.laktacja.pl/article/7,jak-stac-sie-szpitalem-przyjaznym-dziecku – kwestionariusz do samooceny szpitala

3 www.laktacja.pl/article/7,jak-stac-sie-szpitalem-przyjaznym-dziecku – monitoring wstępny

4 www.laktacja.pl/article/19,procedura-oceniajaca-szpitali-w-polsce – wykaz dokumentów

Narzędzia służące do oceny Szpitali Przyjaznych Dziecku, którymi posługuje się zespół, podzielone są na 3 części.

Część I: Rozmowy z kluczowym personelem, dane szpitala, przegląd dokumentów i obserwacje. Arkusze oznakowane są następująco:

- Rozmowa z ordynatorem oddziału położniczego
- Dane szpitala
- Przegląd dokumentów
- Obserwacje

Część II: Wywiady z personelem, matkami i kobietami ciężarnymi. Arkusze oznakowane są następująco:

- Wywiad z pracownikiem medycznym
- Wywiad z pracownikiem niemedycznym
- Wywiad z matką
- Wywiad z matką dziecka przebywającego w oddziale patologii noworodka
- Wywiad z kobietą ciężarną

Część III: Arkusze podsumowujące, zawierające procentowe wyniki za:

- Każdy z „10 kroków”
- Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące
- Żywienie dzieci matek HIV-pozytywnych
- Przyjazną matce opiekę okołoporodową.

Program wizyty zespołu oceniającego powinien uwzględniać następujące działania:

- spotkanie z dyrektorem lub przedstawicielem kierownictwa i pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska, zapoznanie się z topografią oddziałów szpitalnych będących przedmiotem zainteresowania, zapoznanie się z pracownikami, którzy będą pomagać w prowadzeniu oceny,
- prace organizacyjne zespołu prowadzącego ocenę/reocenę tj. przegląd listy personelu i matek, losowy dobór grup, od których będą zbierane wywiady, przydział zadań (dla poszczególnych członków zespołu) celem sprawnego zbierania danych,
- zbieranie danych, w tym ankietowanie, prowadzenie obserwacji oraz analiza dokumentów np. dotyczących szkoleń personelu, materiałów edukacyjnych dla pacjentek i ich rodzin w oddziałach objętych oceną/reoceną,
- spisanie danych oraz analiza wyników, przygotowanie raportu obejmującego przedstawienie (w procentach) wyników uzyskanych podczas oceny różnych kroków i poszczególnych ich składowych, podsumowanie wyników, komentarz na temat osiągnięć, propozycje zmian itp.

- prezentacja wyników na spotkaniu z dyrekcją i pracownikami sprawującymi opiekę nad matkami i dziećmi, w ustalonym miejscu i określonej godzinie,
- spotkania w małych grupach z pracownikami zajmującymi kluczowe stanowiska mające na celu omówienie pożądaných zmian oraz propozycje opracowanie planu „naprawczego”, jeśli takowy jest potrzebny.

Jednym z istotnych elementów oceny szpitala jest zebranie wywiadów, które powinny być realizowane w sposób niekolidujący z wykonywanymi procedurami medycznymi, bez zakłócania pracy personelu i hospitalizacji pacjentek i ich dzieci. Rozmowy mogą odbywać się w takich miejscach, jak pokój lekarski, socjalny dla personelu, pokój matek, pokój laktacyjny. Wywiady prowadzone przez zespół oceniający w miłej atmosferze, przy używaniu właściwego słownictwa, dyskretnie, w poczucie dobrego kontaktu z osobą ankietowaną, muszą być przeprowadzone z następującymi osobami:

- 10 pracownikami oddziałów (położnictwo, sala porodowa, neonatologia, patologia ciąży, patologia noworodka). Ankietowani mogą być lekarze, położne, pielęgniarki, fizjoterapeuci, dietetycy, pomoce pielęgniarskie oraz inne osoby, które opiekują się kobietą ciężarną, matką i dzieckiem (w proporcji odpowiedniej do liczby personelu) – osoby pracujące na porannej, popołudniowej lub nocnej zmianie, jeśli nie rotują się w trakcie oceny,
- 5 pracownikami niemedycznymi (jeśli są pracownikami szpitala) tj. osoby z personelu pomocniczego, które mają kontakt z matką i dzieckiem, lecz nie biorą udziału w opiece medycznej, np. psycholog, salowa, personel gospodarczy i dostarczający posiłki,
- 15-20 kobietami po porodzie tj. 10 po PSN + 5 po cc + ew. 5 matek niekarmiących,
- 5-10 matkami, których dzieci przebywają na oddziale patologii noworodka (w zależności od stopnia referencyjności szpitala),
- 10 ciężarnymi – po 28 tyg. ciąży, których stan zdrowia pozwala na prowadzenie wywiadów.

Po zebraniu wszystkich elementów stanowiących całość procedury oceny/reoceny szpitala zespół oceniający spisuje dane do arkuszy podsumowujących, by po analizie każdego z „10 kroków” i poszczególnych ich składowych sporządzić wstępny raport końcowy. Aby placówka uzyskała rekomendacje do Komisji ds. Ocen, Reocen i Monitoringu przy KUKP, za każdy punkt musi uzyskać min. 80%.

Prezentacja wyników na spotkaniu z dyrekcją i pracownikami sprawującymi opiekę nad matkami i dziećmi powinna zawierać komentarz na temat osiągnięć szpitala, tzn. co prowadzone jest właściwie, jak też dziedzin, które wymagają zmian, co stwierdzono na podstawie analizy wywiadów, obserwacji i przeglądu dokumentów. Jeżeli personel wyraża wolę przekazania swojego komentarza na temat wyników, zespół powinien wysłuchać propozycji i dokonać (jeśli będą takie potrzeby) korekty podsumowania. Kopia sprawozdania wraz całą dokumentacją zostaje przekazana do siedziby KUKP, gdzie w czasie posiedzenia Komisji ds. Ocen, Reocen i Monitoringu ostatecznie podjęte będą decyzje uznania wyników oceny.

Szpital otrzymuje tabliczkę sygnowaną przez WHO, UNICEF oraz KUKP, na której widnieje napis, że został uznany za Szpital Przyjazny Dziecku na lata ...-... (5 lat) i realizuje „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Uroczystości nadania tytułu organizowane są w różnoraki sposób, w zależności od sprzyjających okoliczności i preferencji dyrekcji danej placówki. Upublicznienie informacji w mediach i portalach społecznościowych jest bardzo korzystną formą reklamy szpitala. Często zapraszani są przedstawiciele KUKP, innych szpitali, lokalnych władz, samorządu i różnych miejscowych instytucji. Ceremonia wręczenia nagrody, bo tak należy rozumieć to wyróżnienie, jest okazją do uzmysłowienia wszystkim obecnym, że zdobycie tytułu nie jest jednorazowym wysiłkiem, lecz stałą pracą, którą należy kontynuować dla dobra matek i ich dzieci.

Utrzymanie światowych standardów wymaga okresowej weryfikacji. Narzędziem niezbędnym do kontroli praktyk BFHI jest monitoring wewnętrzny, dzięki któremu zebrane dane dostarczają informacji o realizacji „10 kroków”. Wyniki monitoringu identyfikują obszary wymagające poprawy oraz są wskazówkami do opracowania planu zmierzającego do wprowadzenia pożądaných zmian. Coroczne raporty powinny uwzględniać oprócz „10 kroków...” postępowanie zgodnie z KMP-ZMK oraz opiekę dotyczącą żywienia dzieci matek HIV-pozytywnych i poziom opieki okołoporodowej przyjaznej matce.

Wyniki monitoringu, w formie sprawozdania, należy przysyłać raz w roku, do 15 marca, do siedziby KUKP.⁵

Opracowanie na podstawie materiałów przygotowanych na szkolenie ekip oceniających SPD 17.11.2018 r.

⁵ www.laktacja.pl/article/9,monitoring

„10 kroków...”

Wskazówki do wdrażania w oddziałach z patologią noworodka i intensywną terapią (II i III poziom opieki perinatalnej)

Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Uzasadnienie

Dotychczasowe wytyczne WHO dotyczące wdrażania idei Szpitala Przyjaznego Dziecku skupiały się wyłącznie na czynnościach związanych z ochroną, promocją i wspieraniem karmienia piersią w placówkach świadczących opiekę położniczą oraz opiekę nad zdrowym donoszonym noworodkiem. Opieka nad małymi, chorymi noworodkami oraz wcześniakami nie może być oddzielona od opieki nad noworodkami donoszonymi, ponieważ bardzo często wszystkie dzieci przebywają w tych samych placówkach, a opiekę nad nimi sprawuje ten sam personel.

Zakres niniejszego artykułu obejmuje zasady dotyczące opieki tylko nad noworodkami przebywającymi na oddziałach intensywnej terapii oraz na oddziałach patologii noworodka. Jednakże, pozostaje spójny z zaktualizowanym podstawowym dokumentem „Wytyczne: ochrona, promocja i wspieranie karmienia piersią w placówkach świadczących opiekę położniczą oraz opiekę nad noworodkiem. Zaktualizowane wytyczne WHO 2018”

Krok 3. Informacja prenatalna

Należy informować kobiety w ciąży oraz ich rodziny o korzyściach karmienia piersią i postępowaniu podczas karmienia

Kobiety narażone na poród przedwczesny lub poród chorego dziecka (np. ciężarne nastolatki, kobiety z ciążą podwyższonego ryzyka, ze stwierdzoną wrodzoną wadą rozwojową u płodu) powinny jak najwcześniej rozpocząć rozmowy z przeszkolonym personelem na temat karmienia wcześniaka, noworodka z małą masą urodzeniową lub dziecka chorego. Odroczenie rozmowy na późniejszy okres ciąży stwarza ryzyko, że kobiety rodzące przedwcześnie mogłyby nie mieć możliwości przedyskutowania postępowania z dzieckiem, w tym karmienia piersią.

Krok 4.

Należy zapewnić natychmiastowy i nieprzerwany kontakt skóra do skóry oraz wesprzeć matkę w rozpoczęciu karmienia piersią jak najwcześniej po porodzie

U matek i noworodków, których stan po porodzie jest niestabilny, należy opóźnić rozpoczęcie karmienia piersią. Matkom, które nie mogą rozpocząć karmienia piersią w pierwszej godzinie po porodzie, należy okazać wsparcie i zachęcić do kontaktu skóra do skóry oraz do karmienia piersią najszybciej jak to tylko możliwe. O możliwości kangurowania* dziecka zarówno po urodzeniu, jak i podczas dalszej hospitalizacji decyduje lekarz neonatolog. Przenoszenie dziecka z inkubatora lub łóżeczka i ułożenie go na piersiach matki, wykonywane przez pielęgniarkę, powinno pozostawać pod merytorycznym nadzorem zatrudnionego w oddziale fizjoterapeuty. Kontakt skóra do skóry jest szczególnie ważny dla wcześniaków i niemowląt z małą masą urodzeniową.

W dalszej opiece nad dzieckiem, podczas kangurowania dziecko może być karmione metodą cewnik do żołądka.

Obserwacje wskazują, że już w 27 tygodniu ciąży istnieje u wcześniaków potrzeba, a nawet umiejętność poszukiwania piersi i ssania. Nie ma przeciwwskazań do rozpoczęcia karmienia piersią, jeśli noworodek pozostaje w stanie stabilnym, bez bezdechów, desaturacji lub bradykardii. Należy pamiętać, że wczesne rozpoczęcie karmienia może okazać się problematyczne z powodu braku odruchu szukania lub jeśli u matki nie rozpoczął się proces wypływu mleka. Wczesne i częste odciąganie pokarmu jest kluczowe dla stymulacji laktacji w przypadku wcześniaków, które nie potrafią jeszcze ssać. Przejście na bezpośrednie i wyłączne karmienie piersią powinno być głównym celem i jest ono możliwe m.in. dzięki wydłużonemu kontaktowi skóra do skóry.

Matki dzieci przebywających na oddziałach intensywnej terapii noworodka powinny być wspierane w kontakcie skóra do skóry, w rozpoznawaniu potrzeb behawioralnych dziecka oraz w efektywnym odciąganiu pokarmu zaraz po porodzie.

* *Kangurowanie to rodzaj opieki charakteryzujący się kontaktem skóra do skóry matki i dziecka. Powinien być stosowany zaraz po ustabilizowaniu się stanu dziecka (oznacza stabilność oddechową i krążeniową). Udokumentowano korzystny wpływ kangurowania na przeżywalność, stabilność ciepłoty ciała i rozpoczęcie karmienia piersią. Podczas kangurowania matka jest w pozycji półleżącej, a noworodek leży pomiędzy jej piersiami.*

Walidacja:

- Przynajmniej 80% matek noworodków urodzonych o czasie przyznaje, że u ich dzieci zainicjowano kontakt skóra do skóry od razu lub do 5 minut po porodzie, i kontakt ten trwał nie krócej niż jedną godzinę. Nie wlicza się tutaj medycznie uzasadnionych opóźnień rozpoczęcia kontaktu.
- Przynajmniej 80% matek niemowląt urodzonych o czasie przyznaje, że ich dzieci zostały przystawione do piersi w przeciągu jednej godziny po porodzie, chyba, że istniały uzasadnione powody, aby tego nie robić.

Krok 5.

Należy wspierać matki w rozpoczęciu i utrzymaniu karmienia piersią oraz w radzeniu sobie z napotkanymi trudnościami.

Wspieranie matek wcześniaków w zainicjowaniu laktacji jest niezwykle istotne, ponieważ pomaga wyzwołać i utrzymać produkcję pokarmu. Wiele tych kobiet ma problemy zdrowotne, w związku z czym potrzebują większej motywacji i wsparcia przy odciąganiu pokarmu. Tzw. późne wcześniaki (34-37 tydzień ciąży) są zazwyczaj w stanie ssać wyłącznie z piersi, jednak są one bardziej narażone na żółtaczkę, hipoglikemię i trudności podczas karmienia niż noworodki urodzone o czasie. Dlatego wymagają większej czujności ze strony personelu medycznego.

Aby utrzymać laktację podczas rozdzielenia z dzieckiem należy przeszkolić matki w metodach odciągania pokarmu. Nie ma dowodów, że któraś z metod odciągania pokarmu ma przewagę nad inną (odciąganie ręczne, laktatorem ręcznym lub elektrycznym). Z tego względu każda metoda może i powinna zostać zaprezentowana matce. Odciąganie ręczne ma tę zaletę, że jest dostępne wszędzie i zawsze.

Laktatory mogą być siedliskiem bakterii, co stwarza zagrożenie epidemiologiczne. Matki powinny otrzymać instrukcję ustną i pisemną postępowania ze sprzętem laktacyjnym oraz mieć zapewnione warunki jej realizacji. Matki powinny także otrzymać informację z instrukcją pisemną o zasadach przechowywania odciągniętego pokarmu.

Odciąganie pokarmu jest często stosowane w celu stymulowania przystawienia do piersi i efektywnego ssania podczas normowania się laktacji. Nie jest to technika stosowana tylko podczas separacji matki i dziecka.

Walidacja:

- Przynajmniej 80% matek wcześniaków lub chorych dzieci potwierdza otrzymanie w ciągu 1-2 godzin po porodzie pomocy w zakresie odciągania pokarmu.
- Przynajmniej 80% karmiących matek noworodków urodzonych o czasie oraz wcześniaków potrafi prawidłowo zademonstrować lub opisać sposób odciągania pokarmu.

Krok 6.

Nie należy podawać noworodkom pokarmów i płynów innych niż mleko matki. Wyjątek stanowią przypadki uzasadnione medycznie.

Niemowlęta, które nie mogą być karmione mlekiem matki lub te wymagające dokarmiania, zwłaszcza noworodki z małą i bardzo małą urodzeniową masą ciała lub noworodki bardzo chore, powinny otrzymywać mleko z banku mleka kobiecego. Dopiero, jeśli mleko z banku jest niedostępne bądź jego podanie nie jest akceptowane kulturowo, można podać produkty zastępujące mleko kobiece. W większości przypadków dokarmianie jest czasowe i trwa do momentu, w którym noworodek jest już w stanie samodzielnie ssać pierś i/lub matka jest w stanie karmić piersią.

Należy wspierać i zachęcać matki do odciągania pokarmu w celu stymulacji laktacji. Należy również przekonać je, że własne mleko powinny traktować jako pokarm priorytetowy dla dziecka, nawet jeśli karmienie piersią jest początkowo trudnym wyzwaniem.

Walidacja:

- Przynajmniej 80% noworodków (donoszonych oraz wcześniaków) otrzymuje wyłącznie pokarm kobiecy (pokarm od matki lub z banku mleka kobiecego) podczas pobytu w placówce.
- Przynajmniej 80% wcześniaków lub bardzo słabych noworodków, które nie mogą być karmione mlekiem matki, otrzymują pokarm z banku mleka kobiecego.
- Przynajmniej 80% matek dzieci przebywających w oddziale intensywnej terapii potwierdza, że otrzymały pomoc w rozpoczęciu laktogenezy II (pełny wypływ mleka) oraz w utrzymaniu laktacji w pierwszych dwóch godzinach po porodzie.

Krok 7.

Należy umożliwić matkom i noworodkom przebywanie razem oraz stosować system rooming-in przez całą dobę.

Tylko w przypadkach uzasadnionych medycznie lub ze względów bezpieczeństwa noworodki mogą być oddzielone od matki. Matki oddzielone od swoich dzieci nie są w stanie nauczyć się rozpoznawać u nich sygnałów głodu.

Jednakże, system rooming-in nie jest możliwy do wprowadzenia w przypadku, gdy dziecko wymaga specjalnej opieki medycznej. Jeśli wcześniak lub chore dziecko muszą przebywać w oddzielnej sali należy upewnić się, że matka ma możliwość nieograniczonego przebywania w jego sali. Matki powinny mieć miejsce, gdzie będą mogły spokojnie odciągać pokarm.

Walidacja:

Przynajmniej 80% matek wcześniaków przyznaje, że były zachęcane do pozostawiania blisko przy swoich dzieciach przez całą dobę.

Krok 8.

Należy wspierać matki w odczytywaniu i reagowaniu na oznaki głodu u dziecka.

W przypadku, gdy ze względów medycznych (rekonwalescencja po cesarskim cięciu, wcześniactwo lub choroba noworodka) matka i dziecko nie mogą przebywać w jednej sali, personel medyczny powinien wspierać matkę w jak najczęstszych odwiedzinach noworodka, aby umożliwić jej rozpoznawanie sygnałów głodu. Gdy personel medyczny rozpozna sygnały głodu, powinien jak najszybciej połączyć matkę z niemowlęciem.

Krok 9.

Należy zapoznać matki ze sposobem użycia oraz ryzykiem korzystania z butelek do karmienia, smoczków do karmienia i uspokajania

Jeśli istnieje medycznie uzasadnione użycie odciągniętego mleka lub innych produktów zastępujących pokarm kobiecy u dzieci urodzonych o czasie, jak najbardziej dozwolone jest korzystanie z kubeczków do karmienia, łyżeczek lub butelek podczas pobytu w szpitalu. Ważnym jest, aby przy problemach ze ssaniem z piersi zespół medyczny nie polegał na smoczkach jako na łatwym rozwiązaniu. W pierwszej kolejności personel medyczny powinien doradzać matkom, jak prawidłowo przystawić noworodka do piersi i jak sprawdzić efektywność ssania.

Personel powinien szczególnie dbać o zachowanie czystości sprzętu używanego do karmienia noworodków, gdyż pozostający na nim pokarm stanowi doskonałą pożywkę dla bakterii. Należy poinformować matki oraz rodziny o zagrożeniach płynących z nieprawidłowej higieny sprzętu do karmienia w celu umożliwienia im dokonania świadomego wyboru sposobu karmienia.

Istnieje ryzyko, że długotrwałe korzystanie z butelek i smoczków do karmienia może prowadzić do problemów z przystawianiem do piersi.

W przypadku wcześniaków udowodniono, że zastosowanie butelki do karmienia negatywnie wpływa na naukę ssania piersi. W przypadku konieczności karmienia wcześniaka odciągniętym pokarmem lub produktami zastępującymi pokarm kobiecy korzystanie z kubeczków do karmienia lub łyżeczek jest bardziej pożądane niż użycie butelek. Z drugiej strony, dla wcześniaków, które nie mogą jeść bezpośrednio z piersi nieodżywcze ssanie i stymulacja jamy ustnej mogą się okazać korzystne do momentu zainicjowania karmienia piersią. Nieodżywcze ssanie wymaga polega na przystawianiu dziecka do opróżnionej piersi.

Smoczki do uspokajania mają w niektórych przypadkach działanie terapeutyczne. Redukują ból podczas wykonywania niektórych procedur medycznych, gdy karmienie piersią lub kontakt skóra do skóry są w danym momencie nie są możliwe do zastosowania. Jednakże, jeśli smoczki zastępują ssanie piersi i powodują zmniejszenie liczby przystawień do piersi i stymulacji laktacji, może to wpłynąć na zmniejszenie ilości pokarmu (odciąganie pokarmu musi naśladować co do częstości przystawianie dziecka do piersi)

Walidacja:

- Przynajmniej 80% matek karmiących piersią dzieci urodzone o czasie oraz wcześniaki przyznaje, że pouczono je o zagrożeniach płynących z używania butelek do karmienia i smoczków.
-

Krok 10.

Należy zadbać o to, aby rodzice i niemowlęta po wypisie do domu mieli dostęp do grup wspierających karmienie piersią.

Właściwa opieka poszpitalna jest niezwykle ważna dla wcześniaków oraz dzieci z małą masą urodzeniową. Brak zaplanowanej dalszej opieki może skutkować poważnymi zagrożeniami dla zdrowia dzieci. Ciągła opieka profesjonalistów jest w takich przypadkach niezwykle potrzebna.

Walidacja:

Przynajmniej 80% matek wcześniaków i dzieci urodzonych o czasie przyznaje, że otrzymało informację na temat grupy wsparcia działającej w ich społecznościach.

Karmienie piersią a stres u matki

dr n. med. Elżbieta Wojdan-Godek

dr Monika Puchniewicz

mgr Zofia Dobrowolska

Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży

Poradnia Zaburzeń Laktacji

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Karmienie piersią, będące optymalnym sposobem odżywiania dziecka w warunkach prawidłowo funkcjonującej laktacji, służy zaspokajaniu zarówno głodu dziecka, jak i potrzeby dotyku, bezpieczeństwa i bliskości. Zgodnie z rekomendacjami światowych autorytetów w dziedzinie żywienia – Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Amerykańska Akademia Pediatria (AAP), Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) – zaleca się wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia i kontynuowanie przez przynajmniej 12 miesięcy przy jednoczesnym wprowadzaniu odpowiedniej dla wieku żywności uzupełniającej.

Jest to możliwe dopóty, dopóki matka jest zdolna do produkcji odpowiedniej ilości pokarmu. Badania epidemiologiczne wskazują, że wiele matek ma problemy z niedostateczną laktacją, a wśród wielu czynników wpływających na laktogenezę wymienia się matczyne stres.

Fizjologia laktacji

Laktacja (rozpoczęcie i utrzymanie) jest złożonym procesem regulowanym na trzech poziomach:

Poziom hormonalny

- zależy od hormonów wydzielanych przez gruczoły endokrynne i łożysko;
- odpowiada za dojrzewanie gruczołu piersiowego w ciąży i rozpoczęcie laktacji po porodzie;
- wpływa na laktację przez cały czas jej trwania.

Poziom neurohormonalny

- zależy od odruchów prolaktynowego i oksytocynowego.

Odruch wytwarzania pokarmu (prolaktynowy) – ssanie pobudza zakończenia nerwów czuciowych brodawki. Bódcze powodują uwalnianie prolaktyny z przedniego płata przysadki mózgowej. Laktocyty (komórki wydzielające pęcherzyki w gruczołach piersiowych) syntetyzują pod wpływem prolaktyny pokarm, następnie wydzielają go do światła pęcherzyków.

Odruch wypływu pokarmu (oksytocynowy) – pokarm zgromadzony w piersi nie jest od razu dostępny. Ssanie jest bodźcem powodującym wydzielanie oksytocyny

z tylnego płata przysadki mózgowej, która z krwią dociera do gruczołu piersiowego, powodując skurcz komórek mioepitelialnych oplatających pęcherzyki i przewody mleczne. To prowadzi do wypływu pokarmu, umożliwia opróżnienie piersi i nakarmienie dziecka. Uwalnianie oksytocyny w odpowiedzi na ssanie jest pulsacyjne, tzn. poziom oksytocyny podczas ssania wzrasta na krótkie kilkuminutowe momenty w okresach 5-10 minutowych. Podczas pulsu stężenie oksytocyny we krwi jest 2-3-krotnie wyższe od podstawowego, po czym szybko spada do poziomu wyjściowego. Początkowe problemy z laktacją często są uwarunkowane zbyt wysokim stężeniem adrenaliny i związanym z tym zaburzonym wydzielaniem oksytocyny. Dopóki we krwi nie wzrośnie stężenie oksytocyny, tylko niewielkie ilości mleka mogą być pobrane z piersi przez noworodka. Natomiast puls oksytocyny pod wpływem ssania prowadzi do wydzielenia znacznej jego ilości z piersi. Poza ssaniem odruch oksytocynowy może nastąpić dzięki procesom myślowym, wzrokowym lub emocjonalnym matki, np. spojrzenie na dziecko lub jego zdjęcie, odgłos płaczu, wspomnienie dziecka. Odruch oksytocynowy odpowiada za stymulację laktacji w pierwszych tygodniach po porodzie i utrzymanie produkcji pokarmu.

Poziom autokryny (lokalny)

- produkcja pokarmu zależy od stopnia wypełnienia gruczołu piersiowego. W przepełnionej piersi z laktocytów uwalniana się polipeptydy uważane za czynnik hamujący wytwarzanie pokarmu (feedback inhibitor of lactation FIL). Im dłużej pierś pozostaje przepełniona, tym wolniejsza jest synteza pokarmu. Natomiast im skuteczniej opróżniona – tym intensywniejsza produkcja pokarmu. Opróżniona pierś produkuje 6 razy szybciej niż pełna!

Dodatkowo działanie prolaktyny wywiera efekty w tkance mózgowej. Przez hamowanie ciała migdałowatego tłumi strach i niepokój, inicjuje budowanie więzi i zachowania matczyne, ponadto wzmacnia czujność matki. Stąd zwana jest hormonem macierzyństwa. Oksytocyna z kolei może wiązać się również z receptorami w mózgu, co ułatwia sekrecję prolaktyny i pozytywnie wpływa na zachowania matczyne.

Podczas karmienia piersią wysokie stężenie osiągają również beta-endorfiny, czyli naturalne opioidy. Działają one znieczulająco i wywołują uczucie przyjemności. We krwi matek karmiących ich najwyższe stężenie pojawia się po 20 minutach od rozpoczęcia ssania przez dziecko. Beta-endorfiny zawarte w matczym pokarmie wytwarzają pełne przyjemności „uzależnienie matki i dziecka”.

Wzrost stężenia prolaktyny i oksytocyny podczas karmienia piersią powoduje też wzrost innego endogennego neuroprzekaźnika – dopaminy, co prowadzi do wyciszenia negatywnych emocji, zwiększenia odczucia przyjemności.

Etapy laktacji (laktogeneza)

Laktogeneza I rozpoczyna się już w drugim trymestrze ciąży; pod wpływem estrogenów, progesteronu, prolaktyny i łożyskowego laktogenu piersi rozwijają dojrzałość sekrecyjną. Po wydaleniu łożyska stężenie estrogenów i progesteronu gwałtownie obniża się, podczas gdy stężenie prolaktyny pozostaje wysokie, co razem ze wzrostem powinowactwa receptorów dla prolaktyny w gruczołach piersiowych bezpośrednio przed porodem skutkuje rozpoczęciem obfitego wytwarzania pokarmu w 2-4 dobie po porodzie.

Jest to początek kolejnego etapu laktacji – laktogenezy II (tzw. nawał pokarmu). W procesie laktogenezy II kluczową rolę odgrywają, oprócz prolaktyny, kompleks hormonów: insulina glikokortykoidy, hormon wzrostu, hormony tarczycy, beta-endorfiny. Ten proces fizjologiczny następuje niezależnie od ssania piersi przez dziecko. Jednak do uzyskania pełnej laktacji konieczna jest właściwa stymulacja gruczołu, zapewniająca odpowiedni wyrzut prolaktyny i oksytocyny oraz uruchomienie mechanizmu autokrynnego.

Zazwyczaj w czasie pierwszych 2-4 tygodni następuje dostosowanie poziomu wydzielania pokarmu do potrzeb karmionego dziecka (stabilizacja laktacji). Utrzymanie wydzielania pokarmu na odpowiednim poziomie przez cały okres karmienia nazywamy laktogenezą III, która jest regulowana przez mechanizm autokrynnny oraz prawidłowo działające odruchy prolaktynowy i oksytocynowy.

Zatem nie bez powodu mówi się, że „pokarm wytwarzany jest w głowie, a nie w piersiach”. I to dosłownie!

Wytwarzanie pokarmu odbywa się zgodnie z prawem popytu i podaży. Gdy karmienie piersią przebiega prawidłowo, gruczoł piersiowy idealnie dostosowuje ilość wytwarzanego pokarmu do potrzeb stale rosnącego dziecka. Natomiast nieprawidłowości w laktogenezie prowadzące do opóźnienia w inicjacji produkcji pokarmu i/lub problemów z ilością produkowanego pokarmu mogą być kombinacją kilku czynników, spośród których niezwykle istotnym jest stres.

Fizjologia laktacji w stresie

Karmienie piersią łagodzi stres, ale czy stres wpływa na karmienie piersią?

I. Karmienie piersią łagodzi stres

To właśnie działanie hormonów powoduje, że karmienie piersią łagodzi reakcję na stres i poprawia nastrój. W badaniu 55 kobiet, spośród których 28 karmiło piersią, a pozostałe sztucznie, istotnie obniżony nastrój obserwowano u matek po żywieniu sztucznym, a poziom oksytocyny podczas karmienia piersią był odwrotnie proporcjonalny do obniżonego nastroju i emocji.

Oksytocyna obniża lęk i łagodzi reakcje stresowe oraz wywołuje długotrwały efekt przeciwłękowy. Zmienne stężenia oksytocyny podczas karmienia piersią kształtują reakcje matki na pojawiające się bodźce. Wzrost jej poziomu powoduje wyrzut dopaminy, która zwiększa odczucie przyjemności, a dodatkowo wpływa na obniżenie ciśnienia krwi i prowadzi do zrelaksowania i uspokojenia.

Matki karmiące wyłącznie piersią rzadziej odczuwają stres, obniżenie nastroju czy złość w porównaniu do matek dzieci żywionych sztucznie lub grupy kontrolnej (kobiety nie rodzące). Okazało się, że karmienie piersią podczas działania czynnika stresowego zmniejsza na krótko stężenie kortyzolu – głównego hormonu stresu, co zmniejsza reakcje matki na stres.

Karmienie piersią chroni matkę przed zaburzeniami snu i wystąpieniem depresji. Oksytocyna, szczególnie zaraz po porodzie, zwiększa senność, ułatwia zasypianie i wpływa na dobrą jakość snu. Ten wypoczynek i zmniejszona deprywacja snu ma ogromne znaczenie w regulacji matczynej emocji i cierpliwości. Według niektórych badań lepsze funkcjonowanie układu immunologicznego u matek karmiących i zmniejszenie procesów zapalnych, zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji.

Należy pamiętać, że karmienie piersią działa ochronnie i pomaga matce w redukcji stresu wtedy, gdy jest udane i skuteczne. W przypadku wystąpienia znacznych trudności lub niepowodzeń w karmieniu piersią ryzyko depresji ma większą szansę rosnąć niż zmniejszać się.

II. Czy stres wpływa na karmienie piersią?

W tabeli 1. przedstawiono najczęstsze czynniki (biologiczne, behawioralne) wpływające na laktację zarówno ze strony matki, jak i dziecka.

Tabela 1. Czynniki wpływające na laktację.

Ze strony dziecka

- wcześniactwo
- masa urodzeniowa
- stres okołoporodowy
- smoczek, kapturki, dopajanie, dokarmianie mieszanką
- choroby dziecka uniemożliwiające efektywne ssanie piersi
- hypotyreoza,
- wrodzone wady serca,

- rozszczep podniebienia,
- zaburzenia neurologiczne,
- zaburzeni metaboliczne

Ze strony matki

- motywacja do karmienia, wsparcie, czas pierwszego karmienia, częstość karmień
- nieplanowane cięcia cesarskie
- BMI>27
- palenie papierosów
- nieprawidłowości anatomiczne piersi (wrodzone, po zabiegu chirurgicznym)
- zaburzenia przewodzenia nerwowego piersi
- zaburzenia hormonalne (estrogen, prolaktyna, progesteron, oksytocyna, hormon wzrostu, glikokortykoidy, hormony tarczycy)
- choroby matki (poporodowy z. Sheehana, infekcja, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze)
- pozostanie resztek łożyska po porodzie
- niektóre leki: amilorid, furosemid, hydrochlorotiazyd, estrogeny, androgeny, agoniści dopaminy z grupy pochodnych ergotaminy (bromokryptyna, kabergolina), amantadyna, apomorfina, barbiturany, klonidyna, lewodopa, pseudoefedryna, fentanyl

Stres:

- emocjonalny (obawy, lęk, depresja)
- fizyczny (zmęczenie, brak snu, zimno, hałas)
- traumatyczny
- finansowy

Stres – wróg nr 1 karmienia piersią!

Stres jest uważany za jeden z ważniejszych czynników wpływających na laktację. Pierwsze eksperymentalne badanie pochodzące z 1948 roku (!) przedstawiało stres jako czynnik mogący hamować oksytocynę, a przez to odruch oksytocynowy, czyli odruch wypływu pokarmu.

Wyniki kolejnych badań z końca XX wieku, mimo różnic metodologicznych, są podobne: stres może zmniejszać stężenie hormonów: prolaktyny i oksytocyny, które odgrywają znaczącą rolę w syntezie i sekrecji pokarmu.

Ueda i wsp. w badaniu randomizowanym stwierdzili, że stres mentalny (zagadki matematyczne lub hałas z budowy) u matek karmiących wyłącznie piersią w 5 dobie po porodzie, nie wpływa na poziom prolaktyny i ilość pokarmu otrzymywanego przez noworodki, ale istotnie obniża częstość wyrzutu oksytocyny. Wyniki badania potwierdziły zatem konkluzje badania z 1948 roku.

Badanie prospektywne przeprowadzone w 1999 roku wśród 192 kobietach pokazało, że: żywienie tylko mieszanką w 2. dniu po porodzie, masa urodzeniowa dziecka poniżej 3,6 kg, niezaplanowane cięcia cesarskie, przedłużający się II okres porodu oraz otyłość matki są związane z opóźnionym (>72h po porodzie) odczuciem pełności piersi, czyli czasem wystąpienia laktogenezy II.

W innym badaniu wykazano, że długość porodu w ogóle (nie tylko okresu II), czas bez snu przed porodem oraz wyczerpanie 3. dnia po porodzie miały związek z odsunięciem w czasie nawałem pokarmu.

Wg Dewey silny fizyczny i mentalny stres może zatem zaburzać nie tylko wypływ pokarmu poprzez zablokowanie sekrecji oksytocyny (związane ze zbyt wysokim poziomem adrenaliny), ale jeśli się powtarza, to czasowo zmniejszać produkcję pokarmu wskutek niedostatecznego opróżniania piersi.

Ch. Lau stwierdziła, że podczas ostrego stresu wypływ pokarmu zmniejsza się bezpośrednio po zadziałaniu czynnika stresowego, ale nie zmniejsza się produkcja pokarmu ze względu 8-12 godzinne opóźnienie między uwolnieniem prolaktyny a syntezą pokarmu. Przedłużający się stres skutkuje długotrwałym zahamowaniem wypływu pokarmu prowadzącego do wtórnego zahamowania produkcji pokarmu jako rezultatu częściowego opróżniania piersi. Stopień opróżniania piersi jest zatem czynnikiem regulującym produkcję pokarmu, nawet bardziej niż częstość. Dodatkowo, wg najnowszych badań, podczas zalegania pokarmu w piersi uwalniają się polipeptydy (feedback inhibitor of lactation FIL) syntetyzowane w laktocytach i wydzielane do pokarmu, które lokalnie zwrotnie hamują produkcję i wydzielanie pokarmu.

Próba rozumienia złożonych zależności między matczynym stresem a laktacją może pomóc w rozwiązywaniu problemów u matek karmiących piersią. To z kolei może przyczynić się zwiększenia liczby dzieci skutecznie karmionych piersią, w tym wyłącznie.

Podsumowanie:

1. Produkcja pokarmu rozpoczyna się już w ciąży (laktogeneza I). Laktogeneza II, tzw. nawał mleczny, występuje między 2 a 4 dobą po porodzie.
2. Rozpoczęcie i utrzymanie karmienia piersią to złożony proces uwarunkowany neurohormonalnie, w którym główną rolę odgrywają prolaktyna i oksytocyna.
3. Działanie hormonów powoduje, że karmienie piersią łagodzi stres i poprawia nastrój matki.
4. Stres jest wrogiem nr 1 karmienia piersią – zaburza wypływ pokarmu przez hamowanie działania oksytocyny, prowadząc w konsekwencji do zmniejszenia produkcji pokarmu.
5. Lepsze poznanie wpływu stresu na laktację może przyczynić się do zwiększenia liczby dzieci skutecznie karmionych piersią, w tym karmionych wyłącznie piersią.

Aktywność fizyczna matek karmiących

Lesław Kluba

Zakład Usprawniania Leczniczego

Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Tegoroczne hasło Światowych Tygodni Karmienia Piersią brzmi: Karmienie piersią fundamentem życia. Pełna zgoda z jego ponadczasowym przesłaniem, ale jednocześnie trzeba zauważyć, że jedynym pewnym przejawem życia jest ruch. Ruch zarówno w sensie biologicznym – ruchy oddechowe klatki piersiowej, krążenie krwi, bicie serca, ruchy jelit, wzrost włosów, ssanie, połykanie, jak i w sensie fizycznym – przemieszczanie się ciała, pokonanie sił grawitacji, oporu, tarcia.

W tej drugiej kategorii mieści się również ruch człowieka determinowany jego cechami motorycznymi. Jakość tych cech wpływa na jakość życia. A cechy motoryczne ulegają indywidualnym wahaniom zależnie od wieku, stopnia rozwoju, stanu zdrowia, treningu i okresu fizjologicznego. W specyficznym stanie fizjologicznym znajdują się kobiety karmiące piersią swoje dzieci. Ich sprawność motoryczna jest w większym lub mniejszym stopniu ograniczona.

Składa się na to kilka względów. Wybitne zmniejszenie aktywności ruchowej podczas ciąży, zmiany biomechaniczne w aparacie ruchu wywołane ciążą, zmiana trybu życia po narodzinach dziecka, rytuał związany z karmieniem piersią. Wszystkie te czynniki rzutują na ogólną sprawność ruchową.

Można temu zapobiec i przyspieszyć powrót do pełnej sprawności fizycznej z ładną sylwetką, stosując ruch, który stymuluje cechy motoryczne i poprawia postawę ciała, nie powodując hipertrofii tkanki mięśniowej. Za najważniejsze z punktu widzenia zdrowia kobiety karmiącej uważam przywrócenie siły mięśniowej (najważniejszej cechy motorycznej człowieka), wytrzymałości tlenowej i tolerancji wysiłku oraz gibkości stawów.

Najpoważniejszy, a zarazem najczęstszy i najbardziej ambicjonalny problem do rozwiązania w zakresie sprawności i estetyki sylwetki u karmiących mam to rzeźba brzucha, bioder i pośladków. Stosunkowo krótki okres od porodu usprawiedliwia niedoskonałości kształtu tych partii ciała. Odrębny problem stanowi wygląd piersi podczas laktacji i obawa jej wpływu na ukształtowanie piersi po zakończeniu karmienia. Na pewno zostawiając kobietę z tymi kłopotami, nie rozwiążemy dylematów hierarchii postępowania. Stąd poniżej pro-

pozycja wytycznych codziennej aktywności fizycznej matki karmiącej i przykłady ćwiczeń możliwych do realizacji w warunkach domowych.

Tabela 1. Protokół aktywności. Dziecko do 6 miesięcy.

Dzień tygodnia	Spacer z dzieckiem w wózku	Ćwiczenia klatki piersiowej	Ćwiczenia mięśni brzucha	Inne rodzaje ruchu
poniedziałek	2 godziny	15 minut		chód z kijkami 60 minut
wtorek	BuggyGym		15 minut	
środa	2 godziny	15 minut		trucht 30 minut
czwartek	BuggyGym		15 minut	
piątek	2 godziny	15 minut		taniec brzucha 60 minut
sobota	BuggyGym		15 minut	
niedziela	2 godziny			
Uwagi	Wszystkie ćwiczenia po karmieniu piersią. Jeżeli nie ma zajęć BuggyGym to spacer ze zmiennym tempem. Dodatkowo można wprowadzić ćwiczenia poprawiające gibkość 1-2 x w tygodniu po 15 minut.			Alternatywa: – aerobic – pływanie – zumba – siłownia plenerowa

Przykładowy zestaw 10 ćwiczeń kształtujących wysklepienie klatki piersiowej i pośrednio wpływający na jędrność i wygląd piersi.

1. Napięcia izometryczne rąk ułożonych przed sobą jak do modlitwy (naciski).
2. Wysokie pompki (ręce oparte o krzesło).
3. Pozycja deski (utrzymanie prostego tułowia opartego na łokciach i palcach stóp równoległe do podłoża).
4. Powolne rozciąganie i skracanie gumy przed klatką piersiową (ręce równoległe do podłoża).
5. Imitacja wiosłowania lub boksowania z cieniem.
6. W leżeniu na plecach odwodzenie i łączenie nad sobą rąk z obciążnikami (po 1,5 kg).
7. Wznosy ramion bokiem do poziomu z obciążeniem po 1,5 kg.
8. Ugniatanie miękkiej piłki w wyprostowanych przed sobą rękach.
9. Chód z kijkami.
10. Ćwiczenia oddechowe z głęboką wentylacją płuc.

Tak wygląda proponowany matkom karmiącym zestaw 10 ćwiczeń wzmacniających mięśnie ściany brzucha, bioder i pośladków:

1. Ćwiczenia z kółkiem hula hop.
2. Taniec brzucha przy muzyce.
3. Klasyczne ćwiczenia na mięśnie proste brzucha (siady z leżenia, nogi zgięte w kolanach).
4. W siadzie prostowanie nóg w powietrzu.
5. Brzuski po przekątnej (łokieć do kolana).

6. Półprzysiady (do kąta prostego w kolanach i biodrach).
7. Wymachy kończyn dolnych (obszerne ruchy w stawach biodrowych).
8. Naprzemienne wykroki z podskokami.
9. Schody lub step lub stepper.
10. Trucht 6-7 min./km.

Opis 10 ćwiczeń poprawiających gibkość stawów kończyn i kręgosłupa:

1. Wymachy, przedmachy, krążenia, wznosy kończyn górnych i dolnych (działanie na stawy ramienne i biodrowe).
2. Sięgania rękami jak najdalej w pozycjach rzadko stosowanych (zwiększanie zakresu ruchu.)
3. Mostek, świeca, kołyska, gwiazda, koci grzbiet, pajacyk.
4. Skłony tułowia z próbą dotknięcia do stóp w stanie, w siadzie.
5. Krążenia kręgosłupa szyjnego i krążenia bioder (obszerne w obie strony).
6. Marsz w miejscu z bardzo wysokim unoszeniem kolan i rąk
7. Marsz w miejscu z dotykiem piętami pośladków.
8. Przetaczania się wokół swojej osi długiej, przewroty w przód i w tył.
9. Chód na palcach, piętach i krawędziach stóp (bez obuwia).
10. Naśladowanie wkręcania żarówek, wieszania firanek, malowania sufitu.

W ramach codziennej aktywności ruchowej świadomej mamy należy uwzględnić spacer z wózkiem. Charakter spaceru można wkomponować jako stały element treningu fizycznego o cechach treningu zdrowotnego. W zasadzie

jedynymi ograniczeniami korzystania z dobrodziejstw wspólnego przebywania na świeżym powietrzu są przeciwwskazania natury biofizycznej dotyczące dziecka.

Będzie to zła tolerancja niskich temperatur, szczególnie poniżej minus 10 stopni. Wysoki indeks promieniowania UV latem w godzinach 11.00-15.00 i również latem temperatury powyżej 25 stopni. Niekorzystne warunki atmosferyczne jesieni i wiosny oraz wiek dziecka. Dla noworodków i młodszych niemowląt sugeruje się skrócenie przebywania na spacerze do 10-15 minut, jeżeli warunki są niesprzyjające, I stosowanie odpowiednich środków ochronnych, jak kremy, filtry, parasolki itp. Wiek 6 miesięcy kończy ograniczenia czasowe, dając większe możliwości wykorzystania atrakcji spaceru.

Również codzienne zabawy ruchowe z dzieckiem to nie tylko stymulacja jego rozwoju, ale także doskonała forma ćwiczeń gimnastycznych dla mamy. Wspólnie z dzieckiem w niskich pozycjach na podłodze (pokrytej matą lub kocem) można wykonywać ćwiczenia, w których wykorzystamy masę ciała dziecka jako świetny element obciążenia nóg lub rąk. Jednocześnie forma zabawowa takich zajęć będzie służyła naturalnemu rozwojowi motoryki malucha poprzez sięganie, przetaczanie, siadanie, czworakowanie i inne czynności z sekwencji rozwoju w pierwszym roku życia.

Takie postępowanie poparte karmieniem piersią będzie służyło utrzymaniu zdrowia psychicznego i cielesnego z silną więzią emocjonalną zarówno dziecka, jak i matki. (Tabela 2.)

Oczywiście nigdy nie ma sytuacji jednoznacznych i możliwe są różne kombinacje charakterystyki spaceru z małym dzieckiem, ale zawsze taki spacer powinien być zaplanowany, przede wszystkim pod względem bezpieczeństwa. Wydaje się, że podstawowym czynnikiem,

Tabela 2. Warianty racjonalnego spaceru z dzieckiem w wózku dla mamy karmiącej piersią.

	Plan minimalny	Plan optymalny	Plan idealny
częstotliwość spacerów	1 x dziennie	1 x dziennie	1,5-2 x dziennie
czas spaceru	60 minut	2 godziny	2-3 godziny
możliwość karmienia piersią w czasie spaceru	nie	tak	tak
otoczenie	park, skwer	park, tereny otwarte, ogródki działkowe	park, las, tereny otwarte, brzeg morza
odgłosy otoczenia	brak lub w oddali	brak	brak
powietrze wolne od zanieczyszczeń	tak	tak	tak
podłoże	utwardzone	zróżnicowane	zróżnicowane: gładkie, leśne, piaszczyste, szutrowe, trawiaste
trasa	płaska	urozmaicona	teren pofałdowany, większy wysięk ze strony mamy
możliwość wykonywania prostych ćwiczeń fizycznych przez mamę	nie	tak	tak
możliwość schronienia się	tak	tak	tak
możliwa szybka pomoc osób trzecich	tak	tak	tak
tempo spaceru	jednostajne wolne	zmienne, najszybsze w środkowej części spaceru	zmienne, dostosowane do możliwości wysiłkowych mamy

który musi być spełniony, jest pogodzenie pór karmienia z możliwością wyjścia na spacer. Z tego względu przedstawione propozycje należy traktować jako pewne wytyczne, ale nie realizować ich bezkrytycznie. Z przedstawionych zestawów ćwiczeń proponuję wybrać po kilka możliwych do realizacji w domu. Natomiast jeżeli są takie możliwości i determinacja ze strony wszystkich zainteresowanych, to mama w celu szybkiego osiągnięcia dobrego samopoczucia i formy fizycznej może dodatkowo uczestniczyć w zajęciach kondycyjnych. Przykładami będą jazda na rowerze, taniec dyskotekowy, skakanie przez skakankę.

Z obserwacji własnych wynika, że niestety jedyną formą aktywności ruchowej matek są spacer z wózkami. Tempo raczej bardzo wolne, które nie spełnia kryteriów fizjologicznej skuteczności marszu jako czynnika proz-

drowotnego. Przedstawione propozycje zwiększonej aktywności fizycznej pozwalają na uniknięcie prostych błędów i uzyskanie jak największych korzyści w utrwalaniu zdrowia matki i dziecka.

Zagadnienia związane z aktywnością fizyczną kobiet karmiących oraz problemami tego okresu w ujęciu fizjoterapeutycznym znajdziesz Państwo w Biuletynach KUKP:

1. L. Kluba: Ładne piersi karmiące. Biuletyn KUKP Nr 2/2016
2. L. Kluba: Macierzyństwo to również zadbane kobieta – fizjoprofilaktyka zdrowia matki. Biuletyn KUKP Nr 1/2017
3. L. Kluba: Góry, las czy morze? Dokąd karmiąca mama jechać może? Biuletyn KUKP Nr 2/2017
4. L. Kluba: Karmienie piersią a wysiłek fizyczny. Biuletyn KUKP Nr 1/2018

Najnowsze badania naukowe publikowane na świecie w zakresie laktacji i karmienia naturalnego

Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Demers-Mathieu V. Underwood M.A. Beverly R.L. Dallas D.C Survival of immunoglobulins from Human Milk to Preterm Infant Gastric Samples at 1, 2, and 3 h Postprandial. Neonatology 2018;114:242–250

Immunoglobuliny (Ig) mleka kobiecego są ważnym wsparciem dla niedojrzałego układu immunologicznego noworodków, szczególnie urodzonych przedwcześnie. Stopień stabilności immunoglobulin w przewodzie pokarmowym u noworodków jest jednak słabo zbadany. Celem pracy badaczy z USA była ocena przeżycia IgG mleka ludzkiego w żołądku noworodków urodzonych przedwcześnie. Próbkę mleka kobiecego pobierano z żołądka w trzech punktach czasowych – po 1, 2 i 3h od karmienia. Analizowano metodą immunoabsorpcyjną stężenie IgA i sIgA, sIgM i IgM oraz IgG. Stwierdzono, że stężenie całkowitej IgA było niższe w treści żołądkowej po 3 godzinach po posiłku w porównaniu z mlekiem ludzkim i treścią żołądkową po 1 i 2 godzinach. Stężenia pozostałych Ig ludzkiego mleka pozostawały stabilne. Wyniki pracy dowodzą, że jedynie całkowita IgA została częściowo strawiona, zaś stężenie sIgA i sIgM oraz całkowite IgM i IgG pozostały w w mleku kobiecym w większości nietknięte.

Fischer Fumeaux C.J, Denis A, Prudon M.B et al. Early Use of Mother's Own Raw Milk, Maternal Satisfaction, and Breastfeeding Continuation in Hospitalised Neonates: A Prospective Cohort Study. Neonatology 2018;113:131–139

Mimo że korzyści wczesnego naturalnego karmienia noworodków przedwcześnie urodzonych i chorych są w pełni udokumentowane, nie wszystkie oddziały intensywnej terapii wdrażają tę procedurę do codziennej praktyki klinicznej. Celem tej prospektywnej pracy autorów francuskich było zbadanie, czy wczesne włączenie pokarmu kobiecego do karmienia dołożkowego noworodka chorego sprzyja poprawie jego wyników leczenia, zadowolenia matki i wydłużeniu karmienia piersią. Badanie przeprowadzono na próbie 516 noworodków w 2 francuskich oddziałach noworodkowych. Stwierdzono, że ponad jedna trzecia (36,2%) noworodków karmionych piersią nie otrzymała mleka matki w ciągu pierwszego tygodnia życia, głównie z powodu ograniczeń organizacyjnych i niechęci personelu. Stopień satysfakcji matki związany z wczesnym stosowaniem świeżego mleka u jej dziecka był wysoki (96%). Matki czuły się wspierane w karmieniu piersią. Wczesne stosowanie pokarmu matki związane było z wysokimi wskaźnikami karmienia przy wypisie, które utrzymywało się 6 miesięcy później. Autorzy wnioskuje, że wczesne stosowanie mleka matki u chorego niestety może być ograniczone przez wiele czynników. Jest jednak ważne i korzystne dla stanu emocjonalnego matek po porodzie i może stanowić motywację do poprawy wskaźników karmienia piersią w szpitalu i po wypisie.

Huston RK, Markell AM, McCulley EA, Gardiner SK, Sweeney SL. Improving Growth for Infants \leq 1250 Grams Receiving an Exclusive Human Milk Diet. *Nutr Clin Pract*. 2018 doi: 10.1002/ncp.10054

Wyłączne karmienie naturalne mlekiem własnej matki, wzmocnione wzmocniaczem z mleka kobiecego zmniejsza ryzyko martwiczego zapalenia jelit w porównaniu do mieszanki sztucznej i wzmocniacza z mleka krowiego. Celem pracy badaczy z Portland (USA) było porównanie wyników leczenia i wzrastania noworodków żywionych mlekiem matki wzmocnianym lub nie różnymi wzmocniaczami i mieszanką sztuczną.

Pierwotne wyniki to masa, długość i wzrost obwodu głowy od momentu urodzenia do wypisu. Rejestrowano także częstość występowania martwiczego zapalenia jelit (NEC). Okazało się, że wdrożenie znormalizowanego protokołu żywienia, w tym wcześniejszego wzbogacania mleka matki, wiązało się z poprawą wzrastania u niemowląt otrzymujących mleko kobiece. Wyłączne karmienie naturalne wpłynęło na znaczące zmniejszenie występowania NEC. Wczesne wzmocnianie nie miało negatywnego wpływu na występowanie NEC.

Hollanders JJ, Heijboer AC, van der Voorn B, Rotteveel J Nutritional programming by glucocorticoids in breast milk: Targets, mechanisms and possible implications. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2017 Aug;31(4):397-408

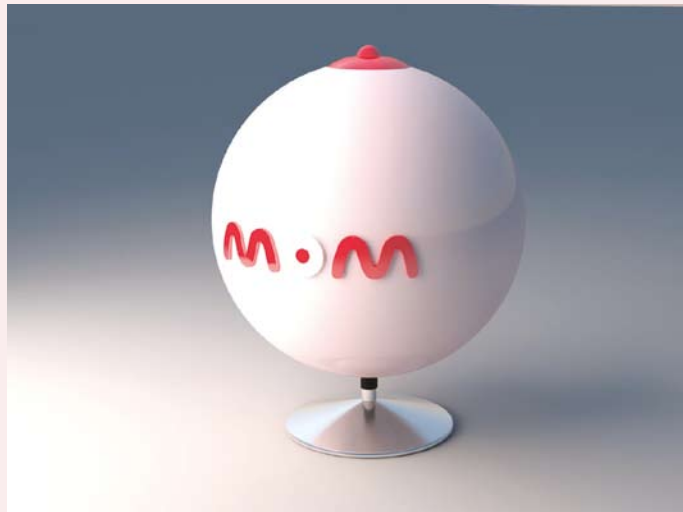
Transfer glikokortykosteroidów poprzez mleko matki może stanowić mechanizm, dzięki któremu kobiety karmiące mogą przygotować swoje niemowlęta spotkanie ze środowiskiem zewnątrzmacicznym. Źródłem glikokortykoidów dla mleka kobiecego jest krew matki. Badania wykazały, że stężenia kortyzolu i kortyzonu w mleku zmieniają się zgodnie z rytmem dobowej aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza matki, przy większej ilości kortyzonu w porównaniu z kortyzolem. Pomiar stężenia glikokortykoidów w mleku matki jest trudny ze względu na możliwą reakcję krzyżową z progestagenami i steroidami płciowymi, które są istotnie podwyższone podczas ciąży i po porodzie. Istnieją dane sugerujące, że glikokortykoidy w mleku matki, działając miejscowo lub po absorpcji do krążenia ogólnoustrojowego, mogą sprzyjać dojrzewaniu jelit dziecka. Glikokortykosteroidy z mleka matki mogą również wpływać na mikrobiom jelitowy, chociaż mechanizm tego działania nie został dotychczas dokładnie zbadany. Wiele badań wskazuje na to, że glikokortykoidy mleka matki mogą stanowić nową potencjalną ścieżkę sygnałową dla noworodków przystosowującą organizm dziecka do zmiennych warunków środowiskowych.

Klingenberg C, Muraas FK, Isaksen CE, Nilsen T, Torgeresen M, Melum-Hansen C Growth and neurodevelopment in very preterm infants receiving a high enteral volume-feeding regimen – a population-based cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017. 17:1-9.

Celem badania była ocena schematu żywieniowego rutynowo dostarczającego > 180 ml/kg/d wzbogaconego mleka ludzkiego bardzo małym wcześniakom i wpływu na wzrastanie oraz występowanie osteopenii i rozwój neurologiczny w 6-letniej obserwacji. Badanie przeprowadzono w Norwegii w latach 2005-2010. Objęło 99 wcześniaków < 30 tygodnia ciąży. Pełne żywienie enteralne stanowiło objętość 196 ml/kg. Uzyskano je w 10 dobie życia tych noworodków. Dwoje przeżyło martwicze zapalenie jelit, oba przeżyły. Odsetek noworodków z niedoborem masy ciała po urodzeniu wynosił 10%, przy wypisie 14%. Obwody głowy pozostawały w normie. Prawidłowy obwód głowy korelował z dobrym rozwojem mowy. Nie obserwowano osteopenii. Autorzy wnioskują, że zastosowany reżim dużej dawki żywienia dojelitowego był związany z prawidłowym tempem wzrastania podczas hospitalizacji, dobrym wzrostem obwodu głowy oraz prawidłowym rozwojem mowy w dalszej obserwacji. Wysoka dawka żywienia enteralnego wydaje się bezpieczna

Y de Vries J, Pundir S, Mckenzie E, Keijer J, Kusmann M. Maternal Circulating Vitamin Status and Colostrum Vitamin Composition in Healthy Lactating Women-A Systematic Approach. *Nutrients*. 2018 May 28;10(6). pii: E687

Związek między stężeniem witamin we krwi matki i w jej siarze dotychczas nie był systematycznie analizowany. Cytowany przegląd obrazuje zależności pomiędzy stężeniem witamin w surowicy (osoczu) matki i odpowiadającym mu składnikiem w siarze. Dokonano przeglądu w trzech elektronicznych bazy danych, Embase (Ovid), Medline (Ovid) i Cochrane. W analizie uwzględniono 11 publikacji, które badały witaminy A, C, D, E i K w obu płynach biologicznych. Stężenie witaminy A, D, E i K we krwi matki różniło się z zawartością odpowiednich witamin w siarze. Witamina A w surowicy była odwrotnie skorelowana z witaminą E. Siara w porównaniu do matczynych witamin w surowicy zawierała wyższe stężenia witamin A, C i K, niższe witaminy D, a rozbieżne wyniki odnotowano dla poziomów witaminy E. Siara wydaje się być wzbogacona w witaminę A, C i K w porównaniu z matczyną surowicą, co może wskazywać na aktywne mechanizmy transportu do gruczołu mlekowego. Międzyosobnicza i międzylaboratoryjna duża zmienność zawartości witamin w siarze potwierdza jej wrażliwość na czynniki zewnętrzne.



SOS
*#słynnyróżowy
napójnalaktację
dla mam karmiących
w miejscach publicznych*

Konkretne rozwiązanie problemu karmienia piersią w miejscach publicznych: **kapsuła do karmienia MOM SOS** uzyskało wspianą patronat: Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią postanowił wesprzeć projekt!

Placówki medyczne z aktualnym certyfikatem SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie
Centrum Medyczne „Żelazna” Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie
Centrum Medyczne im. dr. L. Rydygiera w Łodzi Szpital Ginekologiczno-Położniczy
Zakład Opieki Zdrowotnej Sucha Beskidzka
Szpital Specjalistyczny „Inflancka” im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej”
Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborgu
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. S. Wyszyńskiego w Lublinie
Zakład Opieki Zdrowotnej w Nidzicy
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie
Szpital Powiatowy w Limanowej
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie
Szpital Specjalistyczny Św. Łukasza w Końskich
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie
Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. Szpital Św. Wincentego a Paulo w Gdyni
Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach
Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

Katowickie Centrum Onkologii
Szpital im. St. Leszczyńskiego w Katowicach
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Pięciu Braci Międzyrzeczych w Międzyrzeczu
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie
Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie
Szpital Powiatowy im. Dr. L. Błażka w Inowrocławiu
Szpital Specjalistyczny w Chojnicach
Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny w Warszawie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie
Szpital Powiatowy im. Św. Jadwigi Królowej w Hrubieszowie
Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży
Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy”
i m bł. Marty Wieckiej
COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o. Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku
Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku
ARION Szpitale Spółka z o.o. Zakład Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju
Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.
Szpital Wielospecjalistyczny MEDEOR w Łodzi

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