

Ocena wdrażania standardu opieki okołoporodowej w aspekcie „10 kroków do udanego karmienia piersią”

The assessment of implementation of perinatal care standards in terms of “ten steps to successful breastfeeding”

© GinPolMedProject 2 (32) 2014

Artykuł oryginalny/Original article

DANUTA MAŁAŃCZUK¹, PIOTR WOŹNIAK², EWA GULCZYŃSKA³, BOGUSŁAWA RUDNICKA¹, BARBARA WROŃSKA¹, GRZEGORZ KRASOMSKI²

¹ Zakład Położnictwa Praktycznego II Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik Zakładu:

² II Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Grzegorz Krasomski

³ III Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik Katedry:

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Danuta Małańczuk

Zakład Położnictwa Praktycznego, II Katedry Ginekologii i Położnictwa UM w Łodzi
ul. Narutowicza 58, 90-136 Łódź

Tel. +48 606 97 97 07, e-mail: danuta.malanczuk@umed.lodz.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 2361/2941

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 6

Piśmiennictwo/References 31

Received: 18.11.2013

Accepted: 10.12.2013

Published: 20.06.2014

Streszczenie

Wstęp. Właściwy sposób żywienia małych dzieci jest przedmiotem zainteresowania wielu instytucji i organizacji, zarówno światowych jak i lokalnych. Stanowiska przez nie prezentowane jednoznacznie potwierdzają, że optymalnym sposobem żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci jest karmienie piersią.

Cel pracy. ocena realizacji zaleceń standardu opieki okołoporodowej w aspekcie „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

Material i metody. Przeprowadzono anonimowe badania ankietowe wśród 175 położnic z Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Dokonano analizy praktyk szpitalnych oraz udziału personelu medycznego w zakresie popularyzacji karmienia naturalnego. Analizę zgodności cech mierzalnych przeprowadzono z wykorzystaniem testu chi kwadrat.

Wyniki. Wzrasta odsetek noworodków (64%) z porodu fizjologicznego przystawionych do piersi w zalecanym czasie, ale zbyt mało kobiet po cięciu cesarskim (37%) karmi piersią w ciągu pierwszych 6 godz. po zabiegu operacyjnym. 32,6% noworodków było karmionych wyłącznie piersią i 31% matek zachęcano do kontaktu „skóra do skóry”.

Wnioski. Istnieje potrzeba popularyzacji karmienia piersią poprzez modyfikację praktyk szpitalnych i ciągle doskonalenie personelu medycznego.

Słowa kluczowe: karmienie piersią, standard opieki okołoporodowej, zalecenia dotyczące karmienia piersią

Summary

Introduction. Proper nutrition for young children has been a matter of interest of many local and international institutions and organizations. They all claim that breastfeeding is an optimal way to feed newborns, infants and young children.

The aim. The assessment of adherence to recommendations of perinatal care standards in terms of ‘ten steps to successful breastfeeding’.

Material and methods. Anonymous survey has been carried out among 175 pregnant women in The Polish Mother's Memorial Hospital in Lodz. Analysis of hospital practices and the involvement of health care professionals in breastfeeding promotion has been made. Measurable features with the use of *chi-square test* have been analyzed.

Results. The number of newborns (64%) breastfed in the recommended time after the physiological delivery increases, although the percentage of mothers delivering by caesarian section (73%) and breastfeeding within 6 hours after the operation is still very low. Only 32,6% of newborns were breastfed exclusively and only 31% mothers were encouraged to have 'skin-to-skin contact'.

Conclusions. Promotion of breastfeeding by modification of hospital practices and constant education of hospital personnel is needed.

Key words: breastfeeding, perinatal care standards, recommendations for breastfeeding

WSTĘP

Sposób żywienia dziecka jest istotnym elementem wpływającym na stan jego zdrowia. Ten fakt podkreślany jest przez wiele dokumentów o zasięgu międzynarodowym. Do najważniejszych należy Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci (2002), rekomendacje Amerykańskiej Akademii Pediatrii - AAP (2002 i 2012) oraz stanowisko Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci ESPGHAN (2009).

Celem strategii ogłoszonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jest poprawa stanu odżywienia, wzrastania, rozwoju, zdrowia dzieci dzięki zapewnieniu im optymalnego żywienia [1]. AAP wskazuje na szczególną rolę pediatrów i innych pracowników ochrony zdrowia w promocji karmienia naturalnego [2], natomiast ESPGHAN podkreśla, że karmiąc dzieci piersią można uniknąć 1,4 mln zgonów rocznie, a 44 mln dzieci poprawić warunki zdrowia [3]. W 2004r. zaprezentowano dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania”. Autorzy tego dokumentu stwierdzają, że wyłączone karmienie piersią przez 6 miesięcy życia dziecka zapewnia jego optymalny wzrost i stan zdrowia [4].

Od kwietnia 2011 roku obowiązuje w Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem [5]. Celem standardu jest zapewnienie każdej kobiecie i dziecku opieki okołoporodowej na najwyższym poziomie. Zapisy standardu nakładają obowiązek przeprowadzenia teoretycznego i praktycznego przygotowania do porodu, położu i karmienia piersią. Zalecany w standardzie zakres świadczeń dotyczy zapewnienia warunków do prawidłowego przebiegu laktacji w tym umożliwienie pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, wczesne, już na sali porodowej rozpoczęcie karmienia piersią, przeprowadzenie instruktażu właściwej techniki karmienia, dokarmianie i dopajanie noworodków tylko ze wskazań medycznych. Zadaniem personelu medycznego wynikającego ze standardu jest również zapewnienie położnicy poradnictwa

INTRODUCTION

The way of feeding a child is a significant element influencing its state of health. Many worldwide range documents underline this fact. The most important are: The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2002), the American Academy of Pediatrics recommendations - AAP (2002 and 2012) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition ESPGHAN stance on the issue (2009).

The aim of the strategy announced by the World Health Organisation (WHO) is the improvement of pediatric nutrition state, growth, development through ensuring them an optimal nutrition [1]. AAP indicates the specific role of pediatricians and other health care workers in the promotion of breastfeeding [2], whereas ESPGHAN underlines that 1,4 mln of death yearly may be avoided though breastfeeding and 44 mln children may have their health conditions improved [3]. In 2004, we presented a document 'Protection, dissemination and support of breastfeeding in Europe: pattern of action'. The authors of this document claim that exclusive breastfeeding of a baby during their first 6 months of life ensures their optimal growth and health state [4].

Since April 2011, the Directive of the Ministry of Health is binding in Poland on the standards of medical procedure while providing health services in perinatal care to a woman in the childbirth period and to the baby [5]. The aim of the standard is to ensure each woman and child perinatal care on the highest level. The standard provisions put on the obligation of conducting a theoretical and practical preparation to childbirth and breastfeeding. The range of services recommended in the standard concerns ensuring conditions for correct lactation course, including the facilitation of the first contact of the mother with the child; an early, already in the labour ward, start of breastfeeding; conducting a briefing on proper breastfeeding technique, additional feeding and liquids provision of newborn babies following medical indications. The task of the medical staff resulting from the standard consists also on ensuring lactation counselling by an obstetrician both during the stay in hospital, as well as in home conditions.

laktacyjnego zarówno podczas pobytu w szpitalu, jak i w warunkach domowych.

Standardy opieki okołoporodowej wykazują ogromne podobieństwo do zasad Szpitala Przyjaznego Dziecku, inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia i Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci WHO/UNICEF [6]. Wdrażanie tych zasad zalecają również AAP i Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE. Zapisy standardu oparte są na sprawdzonym, najlepszym modelu, jakim jest inicjatywa WHO/UNICEF Szpital Przyjazny Dziecku, a ich przestrzeganie jest powszechnym obowiązkiem.

CEL PRACY

Próba oceny realizacji wybranych elementów standardu opieki okołoporodowej w aspekcie „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

MATERIAŁ I METODY

Badania ankietowe przeprowadzono w terminie od listopada 2012 roku do marca 2013 roku. Objęto nimi 175 położnic w Instytucie CZMP w Łodzi. Ankiety były anonimowe, własnego autorstwa. Badania właściwe poprzedzono badaniami pilotażowymi na grupie 30 kobiet. Ankiety były wręczane matkom w dniu wypisu ze szpitala, które dobrowolnie wyraziły zgodę na udział w badaniu. Dokonano analizy przygotowania ciężarnej do karmienia piersią oraz praktyk szpitalnych zapewniających warunki prawidłowej laktacji. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. Analizę zgodności cech mierzalnych przeprowadzono z wykorzystaniem testu chi kwadrat. Dla wnioskowania statystycznego przyjęto poziom istotności 0,05.

WYNIKI

Wykształceniem wyższym w badanej populacji legitymowało się 70,1% kobiet, średnim 21,8%, zawodowym 6,9%, podstawowym 1,2%. Kobiety zamężne stanowiły 81,5%, pozostające w stanie wolnym 18,5%.

Analizie poddano realizację wybranych zaleceń standardu okołoporodowego wraz z wybranymi elementami „Strategii 10 kroków do udanego karmienia”.

Krok 3 strategii zaleca informowanie wszystkich kobiet w ciąży o korzyściach karmienia piersią oraz o tym, jak postępować w czasie całego okresu karmienia. Standard opieki okołoporodowej nakłada obowiązek przeprowadzenia praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położenia i karmienia piersią. Wyniki badań własnych wskazują, że tylko 27% położnych rodzinnych rozmawiało z kobietami ciężarnymi na temat karmienia piersią.

Krok 4 strategii zaleca pomagać kobietom w rozpoczęciu karmienia piersią w ciągu około godziny po porodzie fizjologicznym. Realizacja tego zadania polega na umożliwieniu bezpośrednio po porodzie kontaktu noworodka z matką „skóra do skóry”. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zobowiązuje do realizacji tego zadania

The perinatal care standards are very similar to the Baby Friendly Hospital Initiative principles, a World Health Organization and the United Nations International Children’s Emergency Fund’s initiative WHO/UNICEF [6]. AAP and the EU Public Health Directorate also recommend the implementation of these principles. The provisions of this standard rely on a checked best model, that is the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative. Following them is a common duty.

AIM OF THE WORK

The attempt to evaluate the realisation of chosen elements of the perinatal care standards in the aspect of ‘10 steps for successful breastfeeding’.

MATERIALS AND METHODS

The questionnaires were carried out between November 2012 and March 2013. They included 175 obstetricians in the CZMP Institute in Łódź. The questionnaires were anonymous and we wrote them. The proper researches were preceded by pilot studies in a group of 30 women. The questionnaires were given to the mothers on the day of their leaving the hospital and who voluntarily gave their consent to participate in the research. We analyzed the preparations of the pregnant woman to breastfeeding and hospital practices ensuring conditions for correct lactation. The collected material underwent statistical analysis. The analysis of compatibility of measurable traits was carried out with the use of the chi-squared test. For statistical inference, we adopted the statistical significance 0,05.

RESULTS

70,1% women in the examined population had higher education, 21,8% had medium-level education, 6,9% finished vocational schools, 1,2% had basic education. Married women constituted 81,5%, single women - 18,5%.

The analysis concerned the realization of chosen recommendations of perinatal standard together with chosen elements of the ‘Strategy of 10 steps for successful feeding’.

The third step of the strategy recommends to inform all pregnant women about the benefits of breastfeeding and how to proceed during the whole feeding period. The perinatal care standard put on the duty to carry out a practical and theoretical preparation to childbirth and breastfeeding. The results of own research show that only 27% of family obstetricians have talked with pregnant women about breastfeeding.

The fourth step of the strategy recommends to help women in starting breastfeeding within about one hour after natural birth. The realisation of this task consists in facilitating directly after the childbirth the ‘skin to skin’ contact between the mother and the baby. The Directive of the Ministry of Health commits to realise this task with this entry: ‘...directly after childbirth, the

nia zapisem „...bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki bądź noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej”. Wyniki badań własnych pokazują, że 63,7% matek przystawiło noworodka do piersi w zalecanej chwili najpóźniej do 2 godzin po porodzie, natomiast 36,3% kobiet podało inny czas przystawienia dziecka do piersi (ryc.1., ryc.2.).

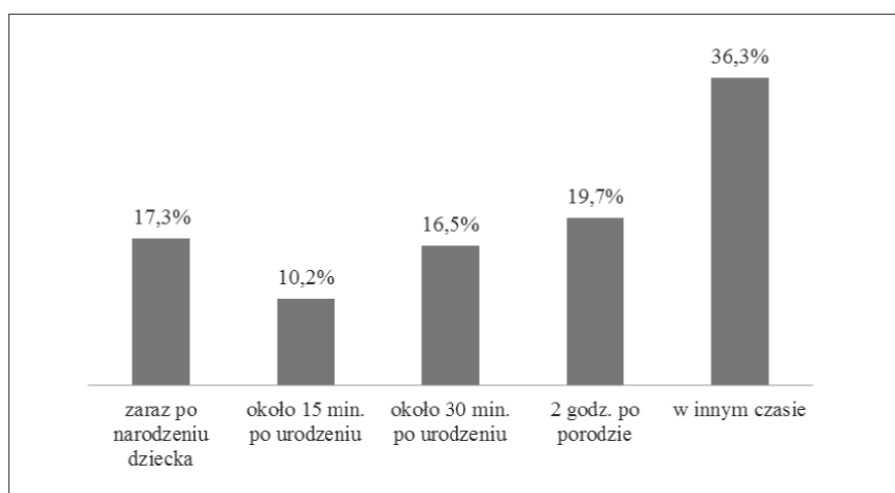
W przypadku cięcia cesarskiego w znieczuleniu ogólnym bezpośredni kontakt matki z dzieckiem odbywa się wtedy, gdy matka jest w stanie odpowiedzieć na potrzeby dziecka [7]. Położnice, u których zastosowano znieczulenie przewodowe powinny mieć zapewniony kontakt z dzieckiem ok. 6 godzin po zabiegu ope-

baby should be given the possibility to have a constant 'skin to skin' contact with the mother, which will last at least two hours after the delivery. At this time, one should encourage the mother to identify the moment when the child is ready to suck her breast, as well as observe the mother and the baby, controlling the traits of proper placing and positioning by the breast, and in case of need – offer assistance. The contact may be stopped in the situation of life threat and threat of mother or baby's health, written down in the medical records'. The results of own researches show that 63,7% of mothers placed the newborn baby by the breast in the recommended time, at the latest 2 hours after the delivery, whereas 36,3% women provided a different time of placing the child to the breast for sucking (fig.1., chart 2).

In case of Caesarian section in general anaesthetic, the direct contact of the mother with the baby occurs when the mother is capable of answering to the needs of the baby [7]. The women in childbirth, in which a block anaesthesia was applied, should have a contact with the baby about 6 hours after the surgical treatment.

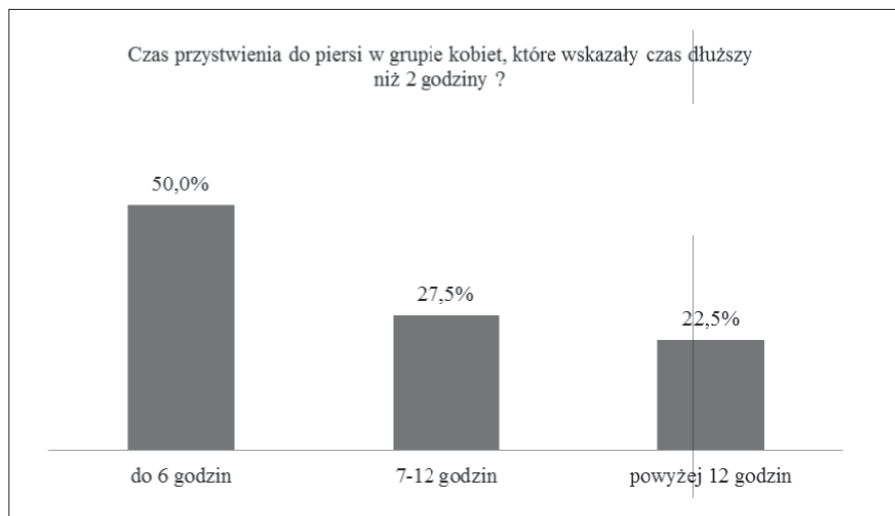
Ryc. 1. Czas przystawienia noworodka do piersi po porodzie fizjologicznym

Chart 1. Time of placing the newborn baby by the breast after natural delivery (17,3% - straight after childbirth; 10,2% - about 15 min after childbirth; 16,5% - about 30 min after childbirth; 19,7% - 2 hours after childbirth; 36,3% - in a different time)



Ryc. 2. Czas przystawienia noworodka do piersi po porodzie fizjologicznym niezgodny z rekomendacjami

Chart 2. Time of placing the newborn baby to the breast after natural childbirth, incompatible with the recommendations (Time of placing the newborn baby to the breast in the group of women which indicated a longer time than 2 hours. 50,0% - up to 6 hours; 27,5% - 7-12 hours; 22,5% - more than 12 hours)



racyjnym. Badania własne wykazały, że 37,1% położnic po przebytym cięciu cesarskim (bez wskazania na rodzaj znieczulenia) pierwszy kontakt z dzieckiem miało do 6 godzin po zabiegu (ryc.3.). W innym czasie późniejszym niż 6 godz. 62,9% badanych kobiet (ryc.4.).

Na pytanie dotyczące realizacji ciągłego i długotrwałego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry”, 30,9% badanych kobiet stwierdziło, że personel sali porodowej lub oddziału położniczo-noworodkowego zachęcał je do takiego kontaktu.

Krok 5 strategii zaleca, aby praktycznie nauczyć matki, jak należy karmić piersią i jak należy utrzymać laktację. Zapis standardu wskazuje, że „w okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez: dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią; przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu; dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu podczas

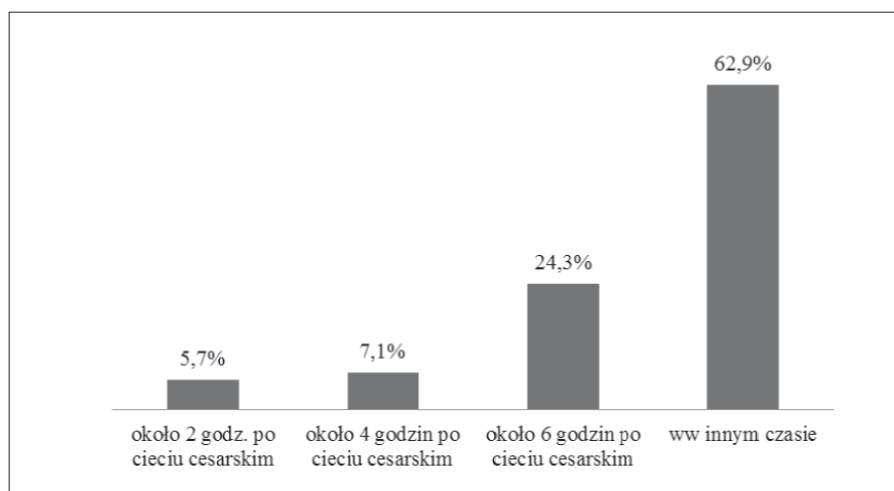
Own researches showed that 37,1% women in childbirth, after Caesarian section, (without indicating the type of anaesthesia) had their first contact with their baby up to 6 hours after the surgery (chart 3). 62,9% researched women had contact with their baby later than 6 hours (chart 4).

Answering to the question concerning the realization of constant and long-lasting contact with the child ‘skin to skin’, 30,9% researched women stated that the staff of the labour ward or the obstetric and the newborn ward encouraged them to such a contact.

The fifth step recommends to teach the mother in practice, how she should breastfeed and how to maintain lactation. The provision of the standard indicates that ‘in the infant period we should provide conditions for correct lactation and feeding the baby through: giving the mother exhaustive information on the benefits and methods of breastfeeding; instructing the mother on the proper breastfeeding, encouraging the mother to place the infant by the breast after observing early signs of hunger; making – during the first days after birth during breastfeeding – current obser-

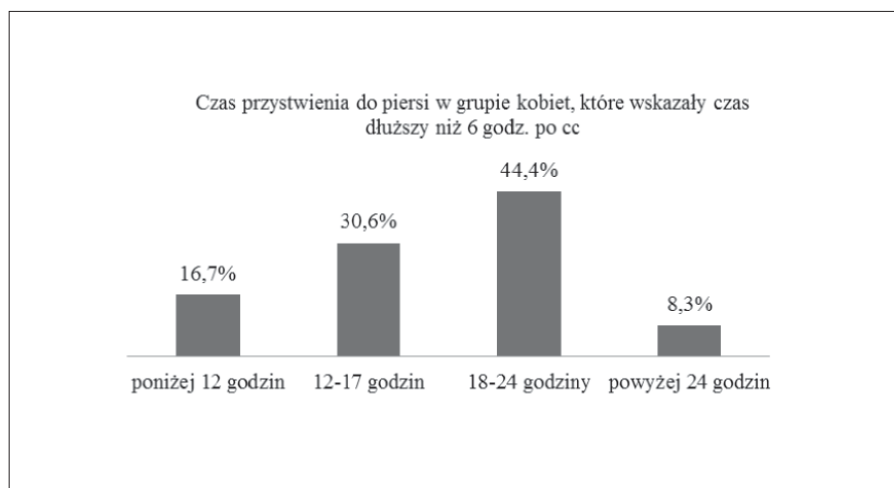
Ryc. 3. Czas przystawienia noworodka do piersi po cięciu cesarskim

Chart 3. Time of placing the newborn baby to the breast for sucking after Caesarian section (5,7% - about 2 hours after Caesarian section; 7,1% - about 4 hours after Caesarian section; 24,3% - about 6 hours after Caesarian section; 62,9% - in another time)



Ryc. 4. Czas przystawienia noworodka do piersi po cięciu cesarskim niezgodny z rekomendacjami

Chart 4. Time of placing the newborn baby to the breast for sucking after Caesarian section not compatible with recommendations (Time of placing the newborn baby in the group of women which showed a time longer than 6 hours after Caesarian section. 16,7% - below 12 hours; 30,6% - 12-17 hours; 44,4% - 18-24 hours; 8,3% - above 24 hours)



karmienia, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia”. Wyniki badań własnych wskazują, że instruktaż prawidłowego karmienia otrzymało 65,9% matek (ryc.5.).

U 54% badanych położnic pojawiły się problemy związane z karmieniem piersią. W tej grupie 86,2% kobiet otrzymało pomoc laktacyjną od położnej, 12,8% kobiet pomimo wystąpienia trudności z karmieniem nie otrzymało żadnego wsparcia ze strony personelu medycznego (ryc.6.).

Krok 6 strategii zaleca, aby nie podawać noworodkom żadnych pokarmów ani płynów poza mlekiem matki, z wyjątkiem sytuacji, gdy wymagają tego względy medyczne. Rozporządzenie Ministra Zdrowia potwierdzając to zalecenie wskazuje, że w okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy oraz niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych. Wyniki badań własnych wskazują, że 67,4%

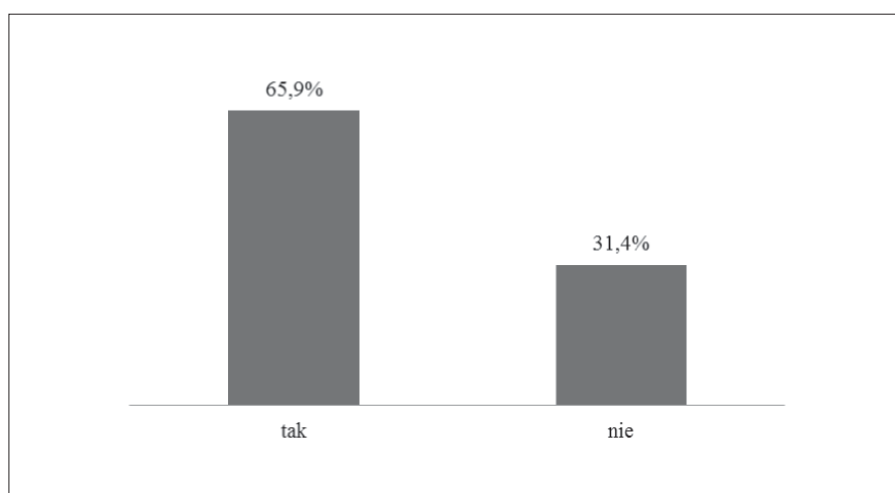
of traits of good positioning and technique for latching on and symptoms of effective and non effective feeding.’ The results of own researches show that 65,9% mothers received an instruction on proper feeding (chart 5).

In 54% surveyed women in childbirth, there were problems with breastfeeding. In this group, 86,2% women received lactation help from an obstetrician, 12,8% women – despite feeding difficulties – did not receive any support from the medical staff (chart 6).

The sixth step of the strategy recommends not to give the infants any foods and liquids except mother’s milk, with the exception of medical reasons. The Directive of the Ministry of Health, confirming this recommendation, indicates that in the infant period one should ensure conditions of proper lactation and feeding the infant by not giving babies water, glucose solution and initial artificial milk to the breastfed, if not medical recommendations exist. The results of our own researches indicate that 67,4% mothers administered to their babies apart from mother’s milk – water, glucose solution or modified milk.

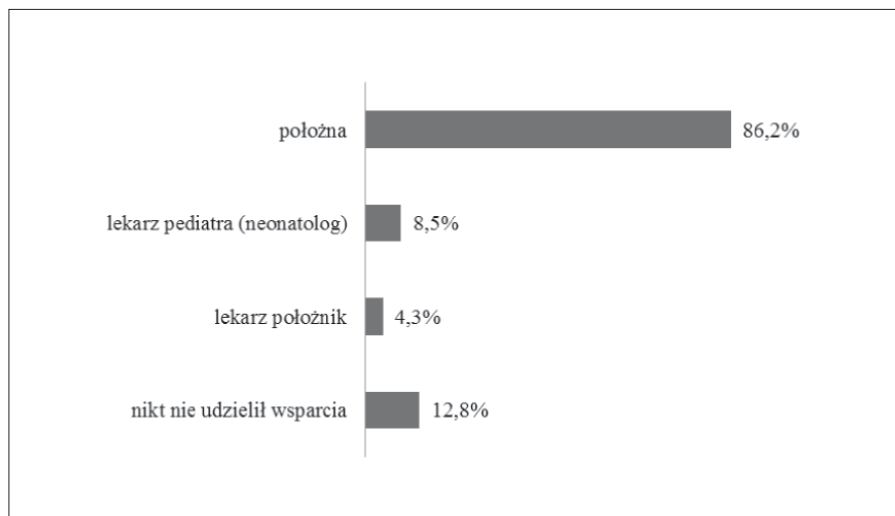
Ryc. 5. Pomoc personelu medycznego w zakresie karmienia piersią

Chart 5. Medical staff assistance in breastfeeding (65,9% - yes; 31,4% - no)



Ryc. 6. Udział personelu medycznego w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych

Chart 6. Participation of the medical staff in solving lactation problems (Obstetrician – 86,2%; pediatrician (neonatologist) – 8,5%; Medical doctor – pediatrician – 4,3%; Nobody has provided assistance – 12,8%)



matek podawało swoim dzieciom oprócz mleka kobiecego – wodę, roztwór glukozy lub mleko modyfikowane.

Standard opieki okołoporodowej zakłada istnienie poradnictwa laktacyjnego, które pomoże matkom w przypadku wystąpienia problemów laktacyjnych po wypisie ze szpitala. Przynajmniej jeden sposób pomocy laktacyjnej powinien być przedstawiony położnicom jeszcze przed opuszczeniem szpitala. Zapis ten jest zbieżny z 10. krokiem strategii. W badanej populacji 75,1% kobiet nie posiadało wiedzy na temat działalności konsultanta laktacyjnego i grup wspierających karmienie piersią.

DYSKUSJA

W ostatnich latach karmienie naturalne jest bardzo promowane. Na całym świecie obserwujemy powolny wzrost odsetka kobiet karmiących piersią, jednak wskaźniki te są nadal dalekie od oczekiwanych. Wyniki badań prowadzonych w Europie i Stanach Zjednoczonych Ameryki wykazują, że zalecenia WHO nie są w pełni respektowane [8-13].

Standardy opieki okołoporodowej dają ogromną szansę dla Polski, aby poszczególne elementy strategii WHO/UNICEF stały się normą i każdy szpital w Polsce był „przyjazny dziecku”.

Badania prowadzono wśród położnic przebywających w Instytucie CZMP w Łodzi, który realizuje zadania ośrodka o III stopniu referencyjności. Instytut nie jest certyfikowany jako Szpital Przyjazny Dziecku, jednak prowadzone są tam działania promujące karmienie piersią. Dzięki systemowi rooming-in istnieją warunki do karmienia na żądanie z poszanowaniem zasady nie przerywania karmienia ze względu na procedury medyczne. Badania własne pokazały obszary, w których działania promujące karmienie piersią powinny być poszerzone.

Jednym z istotnych czynników wpływających na większą częstość karmienia piersią jest przedporodowa edukacja kobiet ciężarnych [14]. Badania własne wykazały, że 27% położnych rodzinnych taką edukację przeprowadziło. Jarosz i wsp. [15] stwierdzili, że większość kobiet jest przekonana o zaletach mleka kobiecego, jednak źródłem wiedzy o karmieniu piersią nie są porady personelu medycznego lecz źródła niemedyczne. Wiele badań pokazuje, że dobrze przeprowadzona edukacja przedporodowa ma wpływ na rozpoczęcie i kontynuację laktacji w kolejnych miesiącach życia dziecka. Badania Su i wsp. [16] wykazały, że w 6. miesiącu po porodzie wyłącznie piersią karmiło dwukrotnie więcej matek (19%) po przeprowadzonym szkoleniu przed porodem w porównaniu do kobiet (9%), którymi opiekowano się standardowo.

W ostatnich latach coraz bardziej popularny w Polsce i na świecie staje się bezpośredni kontakt „skóra do skóry” pomiędzy jednym z rodziców a noworodkiem. Na podstawie dostępnych badań można stwierdzić tylko pozytywne aspekty takiego działania

The standard of perinatal care assumes the existence of lactation counselling, which would help the mothers in case of lactation problems after leaving the hospital. At least one method of lactation help should be presented to women in childbirth still before leaving the hospital. This provision is convergent with the tenth step of the strategy. In the researched population, 75,1% women did not have knowledge on the activity of a lactation counsellor and groups supporting breastfeeding.

DISCUSSION

In recent years, natural feeding has been very much promoted. All over the world, we observe a slow increase in the percentage of breastfeeding women, however these indicators are still far for the expected ones. The results of researches carried out in Europe and the USA show that WHO recommendations are not fully respected [8-13].

The standards of perinatal care give a great Chance for Poland so that the particular elements of the WHO/UNICEF strategy became a norm and each hospital in Poland was ‘baby friendly’.

The researches were carried out among women in childbirth at the Institute of CZMP in Łódź, which realizes the tasks of a centre of III level of reference. The Institute is not certified as a Baby Friendly Hospital, however the actions conducted there promote breastfeeding. Thanks to the rooming-in systems, there are conditions for feeding on demand with the respect of the principle of not stopping breastfeeding due to medical procedures. Our own researches showed areas where the actions promoting breastfeeding should be enlarged.

One of the significant factors influencing a greater frequency of breastfeeding is the pre-delivery education of pregnant women [14]. Our own researches showed that 27% family obstetricians led such an education. Jarosz et al. [15] stated that most women is convinced about woman’s milk advantages, however their source of knowledge comes from non medical sources and not the medical staff advices. Many researches show that a well carried out pre-delivery education influences the start and continuation of lactation in the subsequent months of child’s life. Su et al. researches [16] showed that in the sixth month after childbirth exclusive breastfeeding was practiced by a double numer of mothers (19%) after a training carried out before labour in comparison to women (9%), which were taken care of following the standards.

In the last years, the skin-to-skin direct contact between one of the parents and the baby becomes more and more popular in Poland and all over the world. On the basis of available researches, we may state only the positive aspects of such action [17]. One of them is the positive influence on starting breastfeeding, its exclusiveness and duration. The researches on the realization of procedures favourable to breastfeeding in Polish

[17]. Jednym z nich jest korzystny wpływ na zapoczątkowanie karmienia piersią, jego wyłączność i okres trwania. Badania realizacji procedur sprzyjających karmieniu piersią w polskich szpitalach, przeprowadzone w latach 2008/2009, dokonane w grupie 283 szpitali wskazują, że średni czas trwania pierwszego kontaktu „skóra do skóry” matki z dzieckiem po porodzie wynosi 15 minut, kontakt 2. godzinny praktykuje zaledwie 15-18% oddziałów, z tego 50% Szpitali Przyjaznych Dziecku. Możliwość przystawienia do piersi w ciągu pierwszych 30. minut po porodzie oferuje swoim rodzącym 69,8% szpitali bez certyfikatu i 86,3% szpitali z certyfikatem [18]. Według przeprowadzonych badań kontakt „skóra do skóry” jest częściej stosowany u noworodków urodzonych siłami natury [19]. Wyniki badań własnych pokazują, że 30,9% kobiet było zachęcanych do kontaktu z noworodkiem metodą „skóra do skóry”.

WHO/UNICEF oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia zalecają rozpoczęcie karmienia piersią już w 1. godzinie po porodzie fizjologicznym. W badanej grupie zgodnie z tym zaleceniem było przystawionych do piersi 44% noworodków, dalsze 19,7% w ciągu 2. godz. po porodzie natomiast 36,2% dzieci było przystawionych do piersi w późniejszym niż 2. godziny czasie, w tym 22,5% po 12 godz. od urodzenia. Badania Zagóreckiej [20] pokazują, że 32% dzieci było karmionych w 1. godz. życia, a 28% po 6. godz. Czas pierwszego karmienia zależny był od rodzaju porodu. Noworodki z ciąży rozwiązanych cięciem cesarskim były 5. krotnie częściej narażone na późniejsze karmienie w porównaniu z dziećmi urodzonymi naturalnie. Wyniki badań własnych pokazują, że niemal dwukrotnie mniej noworodków urodzonych z cięcia cesarskiego było przystawionych do piersi w zalecanym czasie do 6. godzin po zabiegu w porównaniu z noworodkami urodzonymi naturalnie. Głębszej analizie podlegają przyczyny bardzo późnego przystawienia noworodka do piersi u ponad 60% położnic po cięciu cesarskim. W tej grupie, aż 52,7% kobiet wskazało czas pierwszego przystawienia do piersi od 18. godzin do powyżej 24. godzin po cięciu cesarskim.

W Niemczech w pierwszej godzinie po porodzie fizjologicznym karmionych jest 66,4% noworodków [8]. W krajach skandynawskich większość noworodków jest karmiona piersią w 1. godzinie życia [21,22]. Wyniki badań WHO pokazują, że średni czas rozpoczęcia karmienia piersią w krajach wysokorozwiniętych wynosi około 1. Godziny, natomiast w krajach rozwijających się od 6. do nawet 40. godzin po porodzie [23].

Autorzy standardów okołoporodowych podkreślają znaczenie przeprowadzonego instruktażu matek w zakresie prawidłowego karmienia piersią. Udzielanie matkom podstawowych informacji na temat laktacji, pomoc przy przystawieniu dziecka do piersi jest obowiązkiem personelu medycznego. Matki nauczone zasad prawidłowej techniki karmienia najczęściej unikają problemów laktacyjnych po opuszczeniu szpitala.

hospitals, carried out in the years 2008/2009, in a group of 283 hospitals indicate that the average time of first skin-to-skin contact between the mother and the baby after childbirth amounts to 15 minutes; a two-hour-contact is practiced only by 15-18% wards, out of which 50% Baby Friendly Hospitals. The possibility of placing the baby to the breast in the first 30 minutes after childbirth is offered to the women in childbirth by 69,8% hospitals without certificate and 86,3% hospitals with certificate [18]. According to the carried out researches, the skin-to-skin contact is more frequently applied in newborn babies from natural childbirth [19]. The results of our own researches show that 30,9% women were encouraged to skin-to-skin contact with the infant.

WHO/UNICEF and the Directive of the Ministry of Health recommend breastfeeding already in the first hour after natural childbirth. In the examined group, in accordance with this recommendation, 44% of the infant were placed by the breast, then 19,7% within 2 hours after childbirth whereas 36,2% children were placed by the breast later than 2 hours after childbirth, including 22,5% after 12 hours from childbirth. The Zagórecka researches [20] show that 32% of children were fed in the first hour of life, and 28% after 6 hours. The time of first feeding depended on the childbirth type. Newborns from Caesarian section were five times more exposed to later feeding in comparison to infant from natural childbirth. The results of own researches show that almost two times less newborns coming from Caesarian section were placed by the breast in the recommended time up to 6 hours after the delivery in comparison with newborns coming from natural childbirth. There is a need for deeper analysis of the causes of very late breast positioning of the infant in more than 60% women in childbirth after Caesarian section. In this group, as many as 52,7% women showed that they place the infant to their breast between 18 hours and more than 24 hours after Caesarian section.

In Germany, 66,4% infant are breastfed in the first hour after natural childbirth [8]. In Scandinavian countries, most newborns are breastfed in the first hour of life [21,22]. The results of WHO researches show that the average time of starting breastfeeding in highly developed countries amounts to 1 hour, whereas in developing countries from 6 to even 40 hours after childbirth [23].

The authors of perinatal standards underline the significance of the carried out briefing of mothers in the field of proper breastfeeding. Giving mothers basic information on lactation, help in positioning the child by the breast is the medical staff duty. Mothers which were taught the correct feeding technique most frequently avoid lactation problems after leaving the hospital. In Ulman-Włodarz et al. researches [24] it was stated that most women (86,25%) could count on the medical staff help, mainly the obstetrician's help. Own research-

W badaniach Ulman-Włodarz i wsp. [24] stwierdzono, że większość kobiet (86,25%) mogła liczyć na pomoc personelu medycznego, głównie położnych. Badania własne wskazują nieco niższy odsetek położnych (65,9%), udzielających wsparcia podczas karmienia piersią.

Najczęstszą przyczyną przedwczesnego zakończenia karmienia piersią są problemy laktacyjne. Wyniki badań własnych wskazują, że ponad połowa badanych położnic (54%) doświadczyła trudności w okresie karmienia. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Łoś-Rycharska i wsp. [25]. Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, jak ważna jest pomoc i wsparcie personelu medycznego w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych. Badania własne pokazują, że większość kobiet wsparcie i pomoc otrzymała od położnych (86,2%), w mniejszym stopniu od neonatologów i położników (8,5% i 4,3%). Istnieje potrzeba głębszej analizy, dlatego 12,8% badanych matek nikt nie udzielił wsparcia. Langan [26] wskazuje, aby przy wypisie ze szpitala, położnice otrzymywały pisemne informacje na temat radzenia sobie z problemami laktacyjnymi, natomiast Hillebrand i wsp. [27] kładą nacisk na szkolenie personelu medycznego zwłaszcza w zakresie rozwiązywania trudności z karmieniem piersią.

Dzieci karmione wyłącznie piersią – zgodnie z kryteriami WHO – otrzymują tylko mleko matki, ewentualnie witaminy i leki. Niemowlęta częściowo karmione piersią to dzieci, które oprócz pokarmu matki otrzymują inne rodzaje mleka, inne płyny, soki. Wyniki badań własnych wskazują, że 67,4% kobiet stosowało u swojego dziecka dokarmianie lub dopajanie. Badania Zagóreckiej i wsp. [28] pokazują również duży odsetek (47,7%) dzieci dokarmianych na oddziałach położniczo-noworodkowych. Podobne wyniki prezentuje Gagnon i wsp. [29] – 47,9%, (Kanada), jeszcze większy odsetek noworodków było dokarmianych we Włoszech (52,4%) i w Grecji (77%) [9,10]. Dokarmianie mlekiem modyfikowanym oraz dopajanie płynami wiąże się z ryzykiem skrócenia czasu wyłącznego karmienia piersią oraz całkowitego czasu karmienia naturalnego [30].

Ważnym elementem poprawiającym jakość opieki nad kobietami karmiącymi jest zapewnienie ciągłej profesjonalnej opieki w miejscu pobytu. Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku w kroku 10. proponuje tworzenie grup wsparcia matek karmiących i zapewnienie im fachowego poradnictwa laktacyjnego. O działalności przynajmniej jednej formy pomocy laktacyjnej każda położnica powinna zostać poinformowana przed wypisem ze szpitala. Z badań własnych wynika, że ponad 75% kobiet takiej informacji nie otrzymało. W celu uzyskania poradnictwa wysokiej jakości konieczne jest zapewnienie pracownikom ochrony zdrowia adekwatnego kształcenia. W Polsce tytuł specjalisty w dziedzinie poradnictwa laktacyjnego III poziomu posiada ok. 200 osób [7]. Norwegia i Szwecja dyspo-

es show a slightly lower percentage of obstetricians (65,9%) providing assistance during breastfeeding.

Lactation problems are the most frequent cause of ending breastfeeding. The results of own researches indicate that more than a half of examined women in childbirth (54%) experienced difficulties in the feeding period. Similar results were obtained by Łoś-Rycharska et al. in their researches [25]. The result of the carried out analysis show how important the assistance and help of the medical staff is in solving lactation problems. Own researches show that most women received assistance and help from obstetricians (86,2%), in a smaller level from neonatologists and male obstetricians (8,5% and 4,3%). There is need for deeper analysis, why 12,8% examined women were not provided with no assistance. Langan [26] indicates that on leaving the hospital, the women in childbirth should receive a written information on dealing with lactation problems, whereas Hillebrand et al. [27] underlined the necessity to train the medical staff especially on solving breastfeeding difficulties.

Infants fed with their mother's milk – in accordance with WHO criteria – receive only mother's milk, optionally vitamins and medicines. Newborns partially breastfed are babies who, apart from receiving food from their mothers, receive other types of milk, other liquids, juices. The results of own researches show that 67,4% women applied in their baby additional feeding and watering. The Zagórecka et al. researches [28] show also a big percentage (47,7%) of babies additionally fed on obstetric and infant wards. Similar results are presented by Gagnon et al. [29] – 47,9%, (Canada), a greater one percentage of infant were additionally fed in Italy (52,4%) and in Greece (77%) [9,10]. Additional feeding with modified milk and providing additional liquids is related with a risk of shortening the time of exclusive breastfeeding and total duration of natural feeding [30].

Ensuring constant professional care on the premises is a significant element improving the quality of care over feeding women. The Baby Friendly Hospital Initiative, in the tenth step, suggests to create group supporting feeding mothers and ensuring them professional lactation counselling. Each woman in childbirth should be informed about at least one form of lactation help before leaving the hospital. It turns out, from own researches, that more than 75% women did not receive such information. In order to obtain high quality counselling, it is necessary to ensure health care workers an adequate training. In Poland about 200 people have the title of specialist in the field of lactation counselling of III level [7]. In Norway and Sweden there is a well-trained medical staff and support groups, but the USA in turn, there are lactation counsellors without medical trainings, as health workers are not trained in a satisfactory level [14].

nują dobrze wyszkoloną kadrą medyczną i grupami wsparcia, ale już w USA działają doradcy laktacyjni bez przygotowania medycznego, ponieważ pracownicy medyczni nie są przeszkoleni w zadowalającym stopniu [14].

Praktyki szpitalne w Polsce wymagają jeszcze wielu modyfikacji, należy zwrócić szczególną uwagę na wyłączenie karmienia piersią, zapewnić matce i dziecku bezpośredni kontakt „skóra do skóry” oraz stosować dokarmianie i dopajanie noworodków tylko w uzasadnionych przypadkach. Obserwuje się coraz większą liczbę noworodków karmionych w pierwszych godzinach życia, ale pogłębionej analizie wymaga karmienie noworodków urodzonych poprzez cięcie cesarskie. Należy dążyć do systematycznego zwiększania liczby „szpitali przyjaznych dziecku”, które w Polsce stanowią ok. 20% wszystkich szpitali, a w krajach skandynawskich są one standardem. Badania prowadzone w USA wskazują, że większość szpitali stosuje praktyki niezgodne z międzynarodowymi zaleceniami, a od roku 2007 do 2009 odsetek szpitali z zalecanymi praktykami obejmującymi, co najmniej 9 z 10 kroków, wzrósł tylko nieznacznie z 2,45% do 3,5% [31].

WHO zaleca, aby każdy kraj dokonywał przeglądu, aktualizował i opracowywał wytyczne, które pomogą upowszechnić karmienie piersią na całym świecie. W Polsce taką rolę spełniają standardy opieki okołoporodowej, które powinny zapewnić każdej kobiecie i jej dziecku określony w dokumencie poziom świadczonych usług.

WNIOSKI

1. Kobiety karmiące potrzebują przygotowania do karmienia piersią, wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych.
2. Pomimo, że wzrosła liczba dzieci karmionych piersią, należy zwrócić uwagę na konieczność popularyzacji wczesnego kontaktu „skóra do skóry” i upowszechniania wczesne przystawienie noworodka do piersi.
3. Dokarmianie i dopajanie noworodków stanowi częstą praktykę szpitalną.
4. Istnieje potrzeba popularyzacji karmienia piersią poprzez modyfikację praktyk szpitalnych i ciągłe doskonalenie personelu medycznego.

Hospital practices in Poland still require to be modified. Exclusive breastfeeding should be underlined, together with the need to ensure skin-to-skin contact between the mother and the baby and apply additional feeding and liquids of infants only in justified cases. We observed a still greater number of infants breastfed in the first hours of life, however there is a need for deepened analysis of feeding of babies born through Caesarian section. One should strive to a systematic increase of the number of ‘baby friendly hospitals’, which in Poland constitute about 20% of all hospitals and in Scandinavian countries they constitute a standard. Researches carried out in the USA indicate that the majority of hospitals apply practices which are not in conformity with the international guidelines, and between 2007 and 2009, the percentage of hospitals with recommended practices covering at least 9 out of 10 steps, increased only insignificantly from 2,45% to 3,5% [31].

WHO recommends that each country reviewed, updated and drew up guidelines which would help to popularise breastfeeding all over the world. In Poland, such role is fulfilled by perinatal care standards, which should ensure each woman and her child a specific level of services defined in the document.

CONCLUSIONS

1. Feeding women require a breast-feeding preparation period, support and assistance in solving lactative problems.
2. In spite of the fact that there is an increase in breastfed children, one should consider the necessity to popularize early skin-to-skin contact between the mother and the baby and widespread early infant breastfeeding.
3. A frequent hospital practice consists in additional feeding and liquids provision for newborn babies.
4. There is a need for popularization of breastfeeding through modification of hospital practices and constant medical staff improvement.

Piśmiennictwo / References:

1. WHO. Global Strategy for infant and Young child feeding. Annex 2. W: Infant and young child nutrition. Geneva: 55 WHA, Report by the Secretariat; 2002. (wer. pol.: <http://kobiety.med.pl/cnol/images.cnol/Publikacje/WHOzywienie.pdf>).
2. **Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M et al.** American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding; Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129 e827.
3. **Agostini C, Decsi T, Fawcett M et al.** Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46:99-100.
4. Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania. Komisja Europejska, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka Luksemburg 2004 (<http://Europe.iblce.org/upload/Blueprint/Blueprint%20POLISH.pdf>).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012r. poz.1100, z dnia 4 października 2012) – na podstawie art.22 ust.5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) (<http://www.mz.gov.pl>).
6. Deklaracja Innocenti „O ochronie, propagowaniu i wspieraniu karmienia piersią”. WHA 4433/1990 (wer. pol. Polski Komitet UNICEF, Warszawa 1998).
7. **Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A (red.)**. Karmienie piersią w teorii i praktyce. *Wyd Med. Prakt* 2012 Kraków.
8. **Dulon M, Kersting M, Schach S.** Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany. *Acta Paediatr* 2001;90:931-935.
9. **Giovanni M et al.** Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr* 2004; 93(4):492-497.
10. **Pechlivani F et al.** Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece *Acta Paediatr* 2005;94:928-934.
11. **Briefel RR et al.** Feeding infants and toddlers study: Improvements needed in meeting infant feeding recommendations. *J Am Diet Assoc* 2004; 104 (1 suppl): 31-37.
12. **Kelly YJ, Watt RG.** Breastfeeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class – result from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr* 2004;8(4):417-421.
13. **Ruowei L et al.** Prevalence of breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey; *Pediatrics* 2003;111:1198-1201.
14. **Palda VA, Guise JM, Wathen CN.** Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *JAMC*, 2004;170:976-978.
15. **Jaroszk K, Krawczyk A, Wielgoś M i wsp.** Ocena znajomości zagadnień związanych z karmieniem piersią wśród położnic. *Ginek Pol* 2004;75:26-34.
16. **Su LL, Chong YS, Chan YH.** Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding; randomized controlled trial. *BMJ* 2007;335-596.
17. **Stodolak A, Fuglewicz A.** Kontakt skóra do skóry i kangurowanie noworodków – chwilowa moda czy naukowo udoświadczona metoda? *Perin Neonat i Gin* 2012; 5(1):19-25.
18. **Wilińska M i wsp.** Realizacja procedur sprzyjających karmieniu piersią w szpitalach w Polsce – wyniki badania ankietowego 2008/2009. *Standardy Med* 2009; 7.
19. **Gawęda A, Woś H.** Karmienie naturalne oraz czynniki warunkujące jego długość u dzieci z terenu Górnego Śląska. *Nowa Paediatria* 2007;1:5-10.
20. **Zagórecka E, Motkowski R, Stolarczyk A i wsp.** Karmienie naturalne w żywieniu niemowląt z wybranych miast Polski Centralnej i Wschodniej. *Pediatrics Pol* 2007;82:7.
21. **Brekke KH et al.** Breastfeeding and introduction of solid foods in Swedish infants: the all Babies in Southeast Sweden study. *Br J Nutr* 2005;94:377-382.
22. **Lande B et al.** Infant feeding practices and associated factors in the six month of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 2003;92:152-161.
23. WHO Working Group on the Growth Reference Protocol WHO Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. Growth of Healthy Infants and the timing, type and frequency of complementary foods. *Am J Clin Nutr* 2002;76(3): 620-627.
24. **Ulman-Włodarz I, Mucha A, Kwiatkowska E.** Karmienie naturalne po przebytym porodzie rodzinnym. *Klin Perin i Ginek* 2004;(supl.1):74-78.
25. **Łoś-Rycharska E, Nieclawska A, Czerwionka-Szaflarska M.** Wybrane aspekty żywienia niemowląt na podstawie badań ankietowych. *Ped Pol* 2007;120-129.
26. **Langan RC.** Discharge procedures for healthy newborns. *Am Fam Physician* 2006;73:849-852.
27. **Hillenbrand KM, Larsen PG.** Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics* 2002;110:59.
28. **Zagórecka E, Stolarczyk A, Socha P i wsp.** Rodzaje mleka i przetwory mleczne w diecie niemowląt z wybranych ośrodków Polski Centralnej i Wschodniej. *Ped Pol* 2007; 82 (9):690-749.
29. **Gagnon AJ et al.** In hospital formula supplementation of health breastfeeding newborns. *J Hum Lact* 2005; 21(4):937-405.
30. **Woś H, Gawęda A.** Przyczyny rezygnacji z karmienia naturalnego dzieci z terenu Górnego Śląska. *Nowa Paediatria* 2007;3:54-58.
31. **Perrine, Cria G, Shealy, Katherine R et al.** Vital Signs: Hospital Practices to Support Breastfeeding – United States, 2007 and 2009, *MMWR Morb and Mortal Wkly Rep.* 2011;8:5:60,p1020.