

NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE PROBLEMY LAKTACYJNE W OKRESIE POPORODOWYM

THE MOST COMMON BREASTFEEDING PROBLEMS IN THE POSTNATAL PERIOD

Grażyna Gebuza¹, Karolina Jaworska², Marzena Kaźmierczak¹, Estera Mieczkowska¹, Małgorzata Gierszewska¹

¹ Katedra Położnictwa, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² studentka kierunku położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Karmienie piersią jest optymalnym sposobem karmienia niemowląt i małych dzieci. Kobiety często rezygnują z karmienia naturalnego z powodów nieuzasadnionych medycznie, które są często wynikiem braku wiedzy.

Cel. Celem badań było porównanie przebiegu karmienia piersią u kobiet ze względu na rodność.

Materiał i metody. Metodą badawczą był kwestionariusz ankiety, który zawierał 40 pytań: otwartych i zamkniętych, które dotyczyły przebiegu karmienia piersią. W badaniu brało udział 100 kobiet we wczesnym połogu.

Wyniki. Problemy z samodzielnym przystawieniem dziecka do piersi występowały częściej u pierworódek niż wieloródek. Nie zaobserwowano, aby problemy w karmieniu naturalnym, takie jak: brak pragnienia ssania piersi przez dziecko, problem chwytania brodawki sutkowej, karmienie dziecka w nocy, żółtaczką, bolesność brodawek sutkowych występowały częściej u pierworódek niż wieloródek.

Wnioski. Położne powinny otoczyć troskliwą opieką wszystkie kobiety po narodzinach dziecka, aby zwiększyć możliwości długiego karmienia naturalnego.

Słowa kluczowe: karmienie piersią, problemy laktacyjne, ciąża, rodność.

ABSTRACT

Introduction. Breastfeeding is an optimal way of feeding infants and little children. Women often discontinue breastfeeding due to ill-founded convictions, which are often a result of lack of knowledge.

Aim. The purpose of this research was to compare the course of breast-feeding in view of parity.

Material and methods. The research method used was an inquiry form with 40 questions, both open and closed, regarding breastfeeding. The study involved 100 women in early childbed from the Maternity Ward.

Results. Problems with taking on breastfeeding occur more frequently in women who just gave birth for the first time, than in those who previously experienced childbirth. Problems with breastfeeding such as: lack of suction, problems with grasping a nipple, feeding a child at night, neonatal jaundice, and nipple pains, were not observed to be occurring more frequently in either group.

Conclusions. Midwives should devote special care to all women after childbirth in order not to allow lactation problems to occur and, to increase the chances for long and optimal breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, lactation issues, pregnancy, parity.

Wstęp

Położna, sprawując opiekę nad kobietą i dzieckiem, powinna wykazywać się profesjonalną wiedzą dotyczącą fizjologii laktacji, zasad postępowania w okresie laktacji oraz przyczyn zaburzających jej prawidłowy przebieg, aby podejmować skuteczne działania mające pomóc matkom w optymalnie długim karmieniu naturalnym. Konieczna jest również wiedza na temat składu pokarmu kobiecego, jego zmienności oraz wartości immunomodulacyjnych dla noworodka, którą trzeba przekazać

matkom. Położna przyczynia się do pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, dlatego powinna umieć zaobserwować i ocenić przebieg pierwszego karmienia oraz interweniować, jeśli jest taka potrzeba [1, 2]. Pierwsze dni po narodzinach z dzieckiem są dla matki wyjątkowo trudne, gdyż wszystko jest nowe, wielu czynności trzeba się nauczyć. Matki wykazują dużą motywację i z upływem czasu uczą się rozpoznawać sygnały wysyłane przez dziecko i odpowiednio na nie reagować. Dla noworodków ten

moment również jest trudny, ponieważ muszą nauczyć się prawidłowego chwytania sutka oraz pobierania pokarmu. W trakcie tego procesu wzajemnego uczenia się często pojawiają się błędy i problemy mające wpływ na jakość i długość karmienia naturalnego [2].

Jednymi z najczęściej występujących trudności laktacyjnych w pierwszych dobach po porodzie są bolesność i uszkodzenie brodawek sutkowych, często związane z wpływem hormonów oraz uszkodzeniem mechanicznym brodawki z powodu nieprawidłowej techniki ssania przez dziecko [3]. Innym problemem jest pozorny niedobór pokarmu, który jest wynikiem niedostatecznej wiedzy matek na temat fizjologii laktacji. Często prowadzi to do podjęcia nieprzemyślanej decyzji o rozpoczęciu dokarmiania dziecka, a nawet rezygnacji z karmienia naturalnego. Rzeczywisty niedobór pokarmu stwierdza się na podstawie kilku wykładników. Przyczynami są nieprawidłowa technika karmienia, dopajanie i dokarmianie, zaburzona funkcja ssania u dziecka (słabe, nieefektywne ssanie), ale także zbyt rzadkie i krótkie karmienia, które prowadzą do zalegania mleka w piersiach, hamując jednocześnie odruch prolaktynowy. Inne czynniki mogące mieć wpływ na niedobór pokarmu to występowanie u matki przewlekłego stresu, zmęczenia, otyłości, zaburzeń hormonalnych, ale również palenie papierosów, przyjmowanie niektórych leków oraz rozległe zabiegi chirurgiczne gruczołu piersiowego [2]. Trudności w karmieniu naturalnym ze strony noworodka to najczęściej przedwczesne narodziny, przebyta intubacja [2], żółtaczką, hipoglikemia, zakażenia [4].

Oprócz wyżej wymienionych problemów w karmieniu naturalnym istnieją też inne bariery: cięcie cesarskie [5, 6], ograniczony kontakt „skóra do skóry” lub brak tego kontaktu [5, 7], dokarmianie noworodków [4].

Przeprowadzone badania przez Centrum Nauki o Laktacji w Polsce w 2013 r. wskazują, że istnieje duża liczba kobiet, które rozpoczynają naturalne karmienie, ale niewiele z nich później kontynuuje wyłączone karmienie piersią bez wprowadzania substytutów mleka do rekomendowanego okresu. Zwraca uwagę fakt, że wskaźniki kontynuacji karmienia naturalnego również nie uległy poprawie od 1997 r., kiedy przeprowadzono poprzednie badanie (w 4. miesiącu karmiło 65%, wyłącznie 29%; w 6. miesiącu karmiło 57%, wyłącznie 9%) [8]. Jest to zjawisko niepokojące, ponieważ podejmuje się wiele działań na rzecz wspierania karmienia piersią w Polsce, a pożądaných efektów nie uzyskuje się. Warto się zatem zastanowić, jakie problemy prowadzą do zaprzestania karmienia naturalnego przez kobiety w okresie poporodowym. Czy brak doświadczenia u pierworódek i wynikające z tego trudności skłaniają kobiety do rezygnacji z karmienia naturalnego?

Celem pracy była ocena najczęściej występujących problemów w karmieniu naturalnym u położnic w okresie poporodowym z uwzględnieniem rodności kobiet.

Metoda oraz przebieg badań

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej koncepcji. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące przebiegu karmienia piersią w pierwszych dobach po porodzie fizjologicznym oraz porodzie operacyjnym.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej 146/2014 CM UMK w Bydgoszczy. Zrealizowano je w pierwszym półroczu 2014 r. Badana próba to 100 kobiet w 2. i 3. dobie połogu. Kwestionariusze ankiety znajdowały się w ogólnodostępnym miejscu Oddziału Położniczego, a wypełnione przechowywano w specjalnie przygotowanej urnie. Badane kobiety zostały poinstruowane, jak odpowiednio wypełnić kwestionariusz ankiety oraz powiadomione o celu badania. Zawarte w kwestionariuszu informacje zostały wykorzystane wyłącznie do zrealizowania tematu badawczego.

Zebrany materiał analizowano za pomocą pakietu statystycznego Statistica 8.0 firmy StatSoft. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi-kwadrat. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 100 kobiet. Najliczniejszą grupą kobiet były pierworódki – 50. Po raz drugi rodziło 36 kobiet, po raz trzeci – 14 kobiet. Wieloródek, które karmiły pierwsze dziecko piersią, było 43. W badanej próbie 35 (35%) kobiet rodziło fizjologicznie i 65 (65%) – przez cięcie cesarskie. Najliczniejszy przedział wiekowy to: 17–25 lat (46 kobiet), kolejny przedział: 26–30 lat (31 kobiet), najmniej liczny przedział to: 31 i więcej lat (23 kobiety). Z wykształceniem średnim było 47 kobiet, wyższym – 40. Wykształcenie zawodowe wskazało 12 kobiet, gimnazjalne wskazała 1 kobieta. Dokarmianych mieszańką było 33 dzieci. Decyzja o karmieniu dziecka mieszańką w 26 przypadkach podjęła matka, natomiast w 5 – położna, w 2 podjął lekarz. U 42 noworodków stwierdzono żółtaczkę. Obawy dotyczące małej ilości pokarmu zadeklarowało 51 kobiet, takich wątpliwości nie miało 49 kobiet. Występowanie niepokoju i drażliwości dziecka podczas karmienia piersią zgłosiło 26 kobiet, pozostałe 74 nie wskazywały takich zachowań noworodka. Częste ulewianie pokarmu występowało u 22 dzieci. Nawął pokarmu po porodzie zaobserwowano u 45 kobiet. Kobiety, przygotowując się do

narodzin dziecka i karmienia naturalnego, korzystały z różnych form edukacji: 38 (32,0%) kobiet czytało profesjonalne książki i czasopisma, 46 (37,7%) kobiet poszukiwało informacji w Internecie, 23 (18,9%) kobiety uczestniczyły w zajęciach szkoły

rodzenia. W badaniu 15 (12,3%) kobiet w ogóle nie przygotowywało się w żaden sposób. Informacje od personelu medycznego, jak często przystawiać dziecko do piersi, uzyskało 64%, natomiast 36% kobiet nie uzyskało takiej informacji.

Tabela 1. Pragnienie ssania piersi przez dziecko z uwzględnieniem rodności kobiet

Pragnienie ssania piersi przez dziecko	Tak		Nie		Ogółem
	n = 62	%	n = 38	%	
ciąża I	29	58,00	21	42,00	50
ciąża II	23	63,89	13	36,11	36
ciąża III	10	71,43	4	28,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)} = 5,99$)	0,92				100
p	0,63				

Na podstawie danych stwierdzono, że nie istnieje związek między rodnością a pragnieniem ssania piersi przez dziecko. W badanej grupie 58% kobiet po pierwszym

porodzie, ponad 63% respondentek po dwóch porodach oraz ponad 71% kobiet po trzech porodach przyznaje, że ich dziecko chętnie ssało pierś (**Tabela 1**).

Tabela 2. Trudności w chwytaniu przez dziecko brodawki sutkowej z uwzględnieniem rodności kobiet

Problem z chwytaniem przez dziecko brodawki sutkowej	Tak		Nie		Ogółem
	n = 39	%	n = 61	%	
ciąża I	23	46,00	27	54,00	50
ciąża II	13	36,11	23	63,89	36
ciąża III	3	21,43	11	78,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)} = 5,99$)	2,97				100
p	0,22				

Analiza danych pozwala stwierdzić, że nie istnieje związek pomiędzy liczbą ciąż a wystąpieniem problemu z chwytaniem przez dziecko brodawki sutkowej.

Zdecydowana większość badanych, bez względu na rodność, wskazała, iż nie występował taki problem. (**Tabela 2**).

Tabela 3. Karmienie nocne dzieci z uwzględnieniem rodności kobiet

Karmienie dziecka w nocy	Tak		Nie		Ogółem
	n = 86	%	n = 14	%	
ciąża I	43	86,00	7	14,00	50
ciąża II	31	86,11	5	13,89	36
ciąża III	12	85,71	2	14,29	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)} = 7,81$)	0,0013				100
p	0,99				

Na podstawie danych stwierdzono, że nie istnieje związek między rodnością a karmieniem dziecka w nocy.

Zdecydowana większość badanych, bez względu na liczbę ciąż, wykazuje, że karmiła dziecko w nocy (**Tabela 3**).

Tabela 4. Samodzielne przystawianie dziecka do piersi z uwzględnieniem rodności kobiet

Samodzielne przystawianie dziecka do piersi	Tak		Nie		Ogółem
	n = 60	%	n = 40	%	
ciąża I	23	46,00	27	54,00	50
ciąża II	25	69,44	11	30,56	36
ciąża III	12	85,71	2	14,29	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)} = 5,99$)	9,278				100
p	0,01				

Stwierdzono, że istnieje związek między rodnością a samodzielnym przystawieniem dziecka do piersi. Aż 54% kobiet po pierwszym porodzie przyznaje, że nie przystawiało samodzielnie dziecka do piersi od samego początku. Wraz ze wzrostem liczby przebytych

porodów wzrastał odsetek kobiet, które samodzielnie przystawiały dziecko do piersi, ponad 69% kobiet po drugim i 85% kobiet po trzecim porodzie wskazało, że przystawiały dziecko do piersi od samego początku (**Tabela 4**).

Tabela 5. Występowanie żółtaczki u dzieci z uwzględnieniem rodności kobiet

Żółtaczka u dzieci	Tak		Nie		Ogółem
	n = 42	%	n = 58	%	
ciąża I	20	40,00	30	60,00	50
ciąża II	19	52,78	17	47,22	36
ciąża III	3	21,43	11	78,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)} = 7,81$)	4,23				100
p	0,12				

Analiza danych w tabeli pozwala stwierdzić, że nie istnieje związek między rodnością a występowaniem żół-

taczki u dziecka. Większość badanych bez względu na liczbę porodów przyznaje, że dziecko nie miało żółtaczki.

Tabela 6. Dokarmianie dziecka w oddziale z uwzględnieniem rodności kobiet

Dokarmianie dzieci	Tak		Nie		Ogółem
	n = 33	%	n = 67	%	
ciąża I	17	34,00	33	66,00	50
ciąża II	13	36,11	23	63,89	36
ciąża III	3	21,43	11	78,57	14
test χ^2 ($\chi^2_{(kr)} = 5,99$)	1,02				100
p	0,59				

Nie stwierdzono związku rodności z dokarmianiem dzieci. Bez względu na liczbę porodów badane kobiety

w większości nie dokarmiły dziecka mieszanką w oddziale (**Tabela 6**).

Tabela 7. Ból brodawek sutkowych z uwzględnieniem rodności kobiet

Ból brodawek sutkowych	Tak		Nie		Ogółem
	n = 44	%	n = 56	%	
ciąża I	24	48,00	26	52,00	50
ciąża II	16	44,44	20	55,56	36
ciąża III	4	28,57	10	71,43	14
test $\chi^2(\chi^2_{(kr)} = 2,56)$	1,68				100
p	0,43				

Analiza danych z **tabeli 7** pozwala stwierdzić, że nie istnieje związek między rodnością a bolesnością brodawek podczas karmienia piersią. Bez względu na liczbę porodów kobiety nie wskazywały różnic.

Dyskusja

Karmienie piersią to naturalny proces przedłużający karmienie z życia płodowego. Kobiety zamierzają karmić piersią i uważają, że jest to najlepsze, co mogą ofiarować dziecku. Jednakże pomimo tak silnych motywacji niewiele dzieci w Polsce jest karmionych pokarmem kobiecym do rekomendowanego okresu [8].

Z przeprowadzonych badań wynika, że problemy z karmieniem piersią występowały u badanych pierworódek i wieloródek w równym stopniu, bez względu na rodność. Istotnie więcej problemów zaobserwowano z samodzielnym przystawianiem dziecka do piersi u kobiet w pierwszej ciąży, co bezpośrednio wynika z braku doświadczenia. Niemniej jednak można wskazać, że kobiety w pierwszej ciąży cechowały się wysokim poziomem motywacji, ponieważ analizowane problemy w laktacji występowały u nich równie często jak u kobiet po kolejnych porodach, pomimo mniejszego doświadczenia. Zatem można wskazać, że problemy w karmieniu piersią mają swoje uwarunkowania i nie wynikają tylko z braku doświadczenia matek. Nie należy zatem powodów krótkiego karmienia naturalnego przez matki w Polsce poszukiwać wyłącznie u kobiet, lecz obserwować sytuację i działania personelu medycznego. Należy podkreślić, że kobiety po pierwszym, drugim i trzecim porodzie wymagają w równym stopniu uwagi personelu. Istotne okazują się tu zdobyte doświadczenie i większa skuteczność wieloródek. Zatem otoczenie profesjonalną opieką pierworódek może okazać się kluczowe.

Udane i długie karmienie naturalne zależy od wielu czynników, jednym z nich są doświadczenia z poprzednich porodów. Badania własne wykazują, że rodność jest związana z problemem samodzielnego przystawiania dziecka do piersi. Wśród badanych kobiet 60% przystawiało dziecko do piersi samodzielnie od samego początku,

natomiast pozostałe 40% wymagało pomocy położnej. W grupie pierworódek aż 54% kobiet miało problem z samodzielnym przystawianiem dziecka do piersi. Okazuje się, że pomimo fizjologicznego i instynktownego aspektu karmienie naturalne przysparza pierworódkom znacznych problemów. Mniej więcej 26% noworodków reagowało drażliwością i niepokojem na próby karmienia piersią, co może być przyczyną niepokojów u matek, problemów z wytwarzaniem pokarmu oraz prośb o dokarmianie dzieci. Aż 33% dzieci z prezentowanych badań było dokarmianych mieszanką, z czego 26 na prośbę matek. Jedną z przyczyn zaprzestania karmienia piersią jest dokarmianie noworodków i niemowląt, dlatego istotne jest, aby było zalecane wyłącznie wówczas, gdy jest to konieczne. Dokarmianie noworodków niekorzystnie wpływa na przebieg karmienia piersią – zmniejsza nie tylko wytwarzanie mleka kobiecego, ale także popyt dziecka. Dzieci dokarmiane nie chcą ssać piersi. Poza tym podanie mieszanki może skutkować również utratą wiary matki w możliwości karmienia własnego dziecka [4, 9]. W badaniu głównie pierworódki dokarmały dzieci. U matek w pierwszej ciąży stwierdzono też częściej problemy z przystawianiem dzieci do piersi, ponadto dzieci nie chciały chwycić i ssać piersi.

Okazuje się, że dokarmianie w Polsce jest dość powszechną działalnością; jeśli są wskazania medyczne, z pewnością jest ono uzasadnione. W badaniach Józefów i wsp. pierworódki i wieloródki dokarmały mieszanką dzieci. Mieszaną formę karmienia stosowały najczęściej wieloródki (65%), pierworódki nieco rzadziej (55%). Natomiast 35% pierworódek i 30% wieloródek po porodzie siłami natury uznawało dopajanie i dokarmianie dzieci za konieczne [6]. W pierwszych dobach po narodzinach dokarmiania z medycznie uzasadnionych wskazań wymagają noworodki z problemami medycznymi, które nie ustępują mimo prawidłowego i intensywnego karmienia piersią. Z najważniejszych wskazań należy wymienić: hipoglikemię, odwodnienie, zmniejszenie masy ciała poniżej 10% masy urodzeniowej, nasiloną żółtaczkę oraz sytuację, gdy noworodek nie podejmuje z różnych powodów ssania

piersi. Wskazaniem do dokarmiania jest także opóźniona laktogeneza II u matki powyżej 5. doby od porodu. Jak wykazano wcześniej, wskazań medycznie uzasadnionych do dokarmienia nie jest wiele, niestety nie przekłada się to na rzeszę dokarmianych noworodków [4]. Przedstawione badania wskazują na dużą liczbę noworodków dokarmianych na życzenie matki. Interesujące jest, czy noworodki były dokarmiane z powodów nieuzasadnionych medycznie, takich jak: niepokój, płacz, częste zgłaszanie się do karmienia, budzenie na karmienie w nocy, niechęć matki do karmienia, błędna diagnoza dotycząca rozmiaru i napięcia piersi [2], ból brodawek sutkowych i piersi [10]. Jak podano wyżej, 26% noworodków reagowało niepokojem i drażliwością podczas karmienia. Trudności z chwytaniem piersi występowały u 46% dzieci pierworódek. Natomiast brak chęci ssania wykazało 42% dzieci, także pierworódek. Zaprezentowane dane mogą wskazywać na nienależyte najadanie i głód dzieci, a także brak doświadczenia matek. Opisane sytuacje mogły bezpośrednio oddziaływać na matki i skłonić do próśb o dokarmiania. W takich sytuacjach niezbędna jest pomoc w inicjacji karmienia naturalnego udzielana kobietom w pierwszej ciąży z uwagi na ich brak doświadczeń, niepokój o dziecko, zmęczenie po porodzie, co w konsekwencji może doprowadzić do rezygnacji z karmienia naturalnego.

W badanej grupie kobiet porównywano również wystąpienie żółtaczki u noworodków ze względu na rodność. Okazało się, że żółtaczka występowała u 20 dzieci pierworódek i 22 dzieci wieloródek. Żółtaczka noworodków spowodowana głodem jest najczęściej obserwowana w ciągu pierwszego tygodnia życia, kiedy karmienie naturalne jest inicjowane. Mechanizm powstawania żółtaczki w sytuacji niedożywienia związany jest ze zwiększonym wchłanianiem zwrotnym bilirubiny wolnej w jelitach. Po ukończeniu pierwszych 5 dni życia u noworodków karmionych piersią głód dodatkowo nasila i tak już zwiększone wchłanianie zwrotne bilirubiny w jelitach. Niewystarczające karmienie piersią i za mała podaż kalorii w pierwszych dniach życia powodują wchłanianie zwrotne bilirubiny w jelitach z powodu relatywnego głodowania i niedojadania [11, 12]. Zbyt mała podaż pokarmu matki powoduje też opóźnienie oddawania smółki, stanowiącej znaczący rezerwuuar bilirubiny wolnej, co zwiększa jej wchłanianie zwrotne i powrót do krążenia. W takiej sytuacji istotne jest wczesne inicjowanie karmienia, kangurowanie, duże zaangażowanie personelu w pomoc każdej matce [13].

Zmęczenie i wyczerpanie matek oraz krwotok po porodzie mogą również być czynnikami decydującymi o dokarmianiu dziecka [2]. Aby zapobiec podaniu dziecku mieszanki, należy jak najwcześniej wdrożyć stymulację

laktacji. Inicjacja karmienia jest istotna u wszystkich matek, bez względu na rodność. Należy podkreślić, że w sytuacji gdy dziecko jest karmione rzadko, nie na żądanie, z długą przerwą nocną, jest dokarmiane i przepajane i nie ma potrzeby, by ssać pierś, stan upośledzonego opróżnienia piersi wydłuża się, a to, pomimo początkowo obfitej podaży mleka u matki, może doprowadzić do niedoboru pokarmu [4].

Jedną z przyczyn zaprzestania karmienia naturalnego mogą być także bolesność i uszkodzenie brodawek sutkowych, co obniża znacząco samopoczucie kobiet. Badania przeprowadzone przez Kiełbratowską i wsp. ukazują, że najczęściej występującymi problemami związanymi z karmieniem piersią były obecność bolesnych brodawek (55%), trudność z prawidłowym przystawieniem dziecka do piersi (37%), mała ilość pokarmu (26%), sennaść, drażliwość dziecka (24%); tylko 7% kobiet nie zgłaszało żadnych problemów dotyczących karmienia piersią [13]. Ból podczas ssania brodawek powoduje zniechęcenie matek do karmienia, a w konsekwencji zaprzestanie. Jest to znaczący problem, któremu należy zapobiegać poprzez wdrożenie odpowiednich praktyk, pomoc położnej podczas przystawiania dziecka do piersi po raz pierwszy oraz przyzwyczajanie dziecka do głębokiego chwytania brodawki sutkowej. W badaniach Gebuzy i wsp. wykazano, że bolesne uszkodzenie brodawek sutkowych dotyczyło 4,3% kobiet po porodzie [14]. Z badań własnych wynika, że problem bolesności brodawek wskazało 44% wszystkich kobiet, w tym 48% pierworódek. Bolesność brodawek sutkowych występuje najczęściej w pierwszych dobach po porodzie i jest uznawana za fizjologiczną, występuje nawet u 39–90% kobiet po porodzie. Tak znaczne różnice procentowe w badaniach dotyczące tego problemu mogą wskazywać na stosowanie odpowiednich praktyk w inicjowaniu karmienia piersią w niektórych szpitalach i unikaniu w ten sposób uszkodzenia mechanicznego brodawek. W naszym badaniu wiele kobiet bez względu na rodność cierpiało z powodu bólu, co może w efekcie skłonić do rezygnacji z karmienia.

Innym znaczącym problemem jest subiektywne odczucie braku lub niedoboru pokarmu. W badaniach przeprowadzonych przez Blyth wykazano, że spośród 92% kobiet karmiących piersią w pierwszym tygodniu po porodzie aż 63% badanych zrezygnowało z karmienia z powodu obaw o niedobór pokarmu w piersiach [9]. Z badań własnych wynika, że u 51% kobiet wystąpiła obawa o zbyt małą ilość pokarmu w stosunku do potrzeb dziecka. Mógł być to kolejny powód, dla którego matki prosiły o dokarmiania. Pierwsze tygodnie po narodzinach dziecka to okres stabilizacji laktacji. W badaniach przeprowadzonych przez

Bączyk i wsp. prawie połowa respondentek (41%) uznała laktację za niewystarczającą, co w konsekwencji prowadziło do dokarmiania dzieci mieszanką lub zaprzestania karmienia piersią. Autorzy uznają, że nie jest to zawsze związane z zaburzeniami laktacji, tylko ma podłoże w psychice matek [15].

Innym aspektem problemu braku pokarmu lub niedoboru jest brak wiedzy kobiet. Powyższe badania wskazują, że 12% kobiet w ogóle nie przygotowywało się do karmienia naturalnego, natomiast niektóre korzystały z różnych źródeł informacji, najwięcej z Internetu (37%). Jednym z najbardziej pożądanых sposobów pozyskania wiedzy o karmieniu naturalnym jest uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia, niestety tylko 18% kobiet z tej formy korzystało. W takich okolicznościach nie powinny nas zatem dziwić wyniki przeprowadzonych badań – nieprzeszkolone kobiety nie wiedzą, jak wytwarza się pokarm, wątpią w jakość i ilość własnego pokarmu, nie wiedzą, jak zmienia się pokarm – dlatego żądają od personelu dokarmiania dzieci.

Przeprowadzanie badań dotyczących problemów w karmieniu naturalnym jest korzystne w pracy położnych, ponieważ personel medyczny ma znaczący wpływ na przebieg karmienia naturalnego. Istotne dla matek jest, aby uniknąć problemów, które powodują zaprzestanie karmienia naturalnego. Dobry początek tego procesu jest zależny od profesjonalnej wiedzy i holistycznego podejścia do matki i dziecka oraz ojca dziecka. Zaangażowanie ojca dziecka jest pomocne w karmieniu naturalnym, ponieważ – odpowiednio poinformowany – może on pomóc w przystawianiu dziecka do piersi albo pomóc matce dziecka zmienić pozycję, gdy kobieta jest po porodzie operacyjnym lub cierpi. Istotne jest, aby każdy ojciec miał możliwość wspierania partnerki w podejmowaniu działań, a jego rola skutkowała długim karmieniem dziecka. W tym ważnym momencie życia niezbędnych jest kilka czynników, jednym z nich jest tworzenie więzi poprzez kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie, kangurowanie noworodka w oddziale, tworzenie więzi w relacjach matka – dziecko – ojciec. Natomiast wyjątkową rolę położnej jest inicjowanie karmienia naturalnego w pierwszych 6. godzinach po porodzie, pomimo trudności, jakie ma dziecko z chwytaniem brodawki sutkowej i mimo braku potrzeby ssania przez dziecko. Kobiety czasami nie potrafią przystawiać dziecka do piersi – wskazały na to także powyższe badania (aż 54% pierworódek miało taki problem, położnice w kolejnych ciążach też, ale w mniejszym stopniu). W związku z taką sytuacją pomoc instrumentalna położnej jest niezbędna, aby zainicjować karmienie. Gdy dziecko zostanie przystawione do piersi matki po raz pierwszy, zapamiętuje,

jakie działania wykonywało i kolejne przystawianie dziecka do piersi nie powinno powodować problemów, ponieważ dziecko instynktownie chwyta pierś, ssie, uspokaja się, zapamiętuje ruchy i przy kolejnej próbie szuka piersi matki. Kłopoty z dostępnością fachowej pomocy w wyniku minimalnej obsady personelu na dyżurze, brak profesjonalizmu i holizmu mogą stanowić problemy.

Przeprowadzone badania powinny zwrócić uwagę personelu medycznego na znaczenie karmienia naturalnego dla zdrowia dziecka. Wiodącą rolę w zapobieganiu powyżej omówionym problemom odgrywają położne. Badania wskazują, jak cenne jest podnoszenie poziomu wiedzy personelu medycznego, które może zrekompensować brak wiedzy położnic i zapobiec występowaniu niektórych problemów w laktacji.

Wnioski

1. Samodzielne przystawianie dzieci do piersi jest związane z większą liczbą przeżytych porodów.
2. Problemy z chwytaniem przez dziecko brodawki sutkowej, dokarmiania dziecka mieszanką, ból brodawek sutkowych występowały tak samo często u kobiet, bez względu na rodność.
3. Nie stwierdzono różnicy w występowaniu żółtaczki u noworodków oraz w karmieniu nocnym noworodków ze względu na rodność kobiet.
4. Personel medyczny powinien zaangażować się w inicjację i wspieranie karmienia piersią w pierwszych dobach po porodzie, ponieważ warunkuje to udane karmienie naturalne, gwarantujące korzyści zarówno dzieciom, jak i matkom.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów
Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania
Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin Nord Am.* 2013;60:295–318.
2. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M. Pozorny i rzeczywisty niedobór pokarmu. W: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A (red.). *Karmienie piersią w teorii i praktyce.* Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012.
3. Mohrbacher N, Stock J. *The Breastfeeding Answer Book.* La Leche League International Book; 2003.
4. Żukowska-Rubik M. Dokarmianie dzieci karmionych piersią – kiedy, czym i jak? *Stand Med Pediatr.* 2013;11:189–199.
5. Mikiel-Kostyra K, Mazur J. Bariery w karmieniu piersią: cesarskie cięcie. *Ped Pol.* 1996;71(7):629–631.
6. Jóźefów P, Przestrzelska M, Knihinicka-Mercik Z. Przebieg laktacji we wczesnym połogu u kobiet po porodzie siłami na-

- tury i przez cesarskie cięcie z uwzględnieniem rodności kobiety. *Piel Zdr Publ.* 2013;3,2: 133–142.
7. Makara-Studzińska M, Podstawka D, Doroszek B et al. Wsparcie emocjonalne w opiniach położnic po cięciu cesarskim. *Hygeia Public Health* 2013; 48: 346-351.
 8. Raport o stanie karmienia piersią w Polsce 2013, http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=153&Itemid=51&lang=pl.
 9. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth.* 2002;29:278–284.
 10. DaMota K, Bañuelos J, Goldbronn J et al. Maternal request for in-hospital supplementation of healthy breastfed infants among low-income women. *J Hum Lact.* 2012;28:476–482.
 11. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics.* 1990;86:171–175.
 12. Whitmer DI, Gollan JL. Mechanisms and significance of fasting and dietary hyperbilirubinemia. *Semin Liver Dis.* 1983;3:42–51.
 13. Kiełbratowska B, Preis K. Bolesność brodawek – najczęściej występujący problem laktacyjny wśród położnic przebywających w oddziale położniczym. *Ann UMCS.* 2005; Vol. 60, Suppl. 16,201:394–397.
 14. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak M, Michalska E. Przygotowanie kobiet do karmienia piersią. *Probl Piel.* 2010;18:406–412.
 15. Bączyk G, Klejewski A, Urbaniak T et al. Wiedza o zaletach karmienia naturalnego, wśród kobiet rodzących pierwsze dziecko. *Prz Lek.* 2012;69,10:1021–1025.

Zaakceptowano do edycji: 2016-06-06
Zaakceptowano do publikacji: 2016-06-14

Adres do korespondencji:

Grażyna Gebuza
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Ignacego Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
tel.: 52 585 59 04, tel. kom.: +48 796 061 139
e-mail: grazyna.gebuza@cm.umk.pl