

# 10 KROKÓW DIANE SPATZ. WYKORZYSTANIE DOWODÓW NAUKOWYCH DOTYCZĄCYCH MLEKA KOBIECEGO I KARMIENTA PIERSIĄ DO OPTYMALIZACJI OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

## TEN STEPS OF DIANE SPATZ.

## USING EVIDENCE ON HUMAN MILK AND BREASTFEEDING TO TRANSFORM PERINATAL CARE

Diane Lynn Spatz<sup>1</sup>, PhD, RN-BC, FAAN.

Tłumaczenie z oryg. ang. – Karolina Isio-Kurpińska

Opracowanie i komentarz – Magdalena Nehring-Gugulska<sup>2</sup>, dr med., CDL, IBCLC

### STRESZCZENIE

Mając na uwadze to, że priorytetem w żywieniu noworodków chorych i przedwcześnie urodzonych jest zapewnienie im mleka własnych matek, Diane L. Spatz stworzyła strategię „10 kroków”, prowadzącą do osiągnięcia tego celu. Strategia ta jest wdrażana w szpitalach w USA i w wielu krajach świata. Główny nacisk Diane kładzie na edukację personelu medycznego, który zarówno w USA, jak i w Polsce ma spore braki w zakresie wiedzy na temat laktacji. Polskim odpowiednikiem jest Program Wczesnej Stymulacji Laktacji dla szpitali III poziomu referencyjnego. Poziomem zaawansowania nie odbiega on od amerykańskiego, ale jego wdrażanie jest zbyt wolne i niedokładne. Wyniki badań Diane pokazują, że cel da się osiągnąć po wprowadzeniu kilku prostych zmian systemowych.

**SŁOWA KLUCZOWE:** karmienie piersią, mleko kobiece, opieka okołoporodowa, wsparcie laktacyjne

### ABSTRACT

Considering that providing mother's milk is a priority of nutrition for premature and sick newborns, Diane L. Spatz has created "The 10 steps" strategy which makes this goal achievable. It is implemented in the hospitals in the USA and in other countries all over the world. Diane puts emphasis on educating the health professionals who still lack knowledge in the field of lactation. The Polish equivalent of the program is the Early lactation stimulation – program for III<sup>rd</sup> grade reference hospitals. The level of advancement does not diverge from its American counterpart, but the process of instituting is too slow and imprecise. The results of Diane's work demonstrate that this goal could be achieved by introducing a few simple changes in the healthcare.

**KEY WORDS:** breastfeeding, human milk, perinatal care, lactation support

*Diane Lynn Spatz jest profesorem katedry Pielęgniarstwa Perinatologicznego i Żywnienia Uniwersytetu w Pensylwanii. Jest kierownikiem badań naukowych i organizatorem opieki laktacyjnej w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii. Szpital ten słynie z prowadzenia przypadków skomplikowanych, ciężko chorych noworodków operowanych w łonach matek. Dysponuje 559 łózkami, a rocznie obsługuje 30 tysięcy pacjentów z całych Stanów Zjednoczonych, również spoza granic USA. Profesor Diane L. Spatz jest znana na całym świecie ze swojej pracy naukowej na temat wykorzystania mleka kobiecego oraz karmienia piersią noworodków zaliczanych do grupy wysokiego ryzyka. W 2004 roku opracowała model „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka”. Model ten jest wdrażany i realizowany na oddziałach intensywnej terapii noworodka w USA i innych krajach świata. Profesor Spatz otrzymała od Amerykańskiej Akademii Pielęgniarstwa prestiżową nagrodę (Lifetime Achievement Award) za przyczynienie się do poprawy wskaźników karmienia mlekiem kobiecym, a dzięki temu poprawy zdrowia niemowląt i kobiet, uzyskanej w wyniku stosowania modelu „10 kroków”.*

*Profesor Diane Spatz gościła w Polsce dwukrotnie: w 2015 roku podczas międzynarodowego Sympozjum karmienia piersią i laktacji MEDELA wygłosiła wykład pt. „Evidence-based strategies to ensure human milk & breastfeeding in critically ill infants” [1], natomiast w 2016 roku prowadziła dwa wykłady i dwa warsztaty w ramach konferencji Centrum Nauki o Laktacji; wykład pt. „Jak chronić karmienie piersią podczas hospitalizacji dziecka” jest dostępny na stronie CNoL [2]. Poniżej przytoczono fragmenty trzech publikacji prof. Spatz, pochodzących z materiałów konferencyjnych [3], a także zamieszczono komentarz do obecnej sytuacji karmienia naturalnego w Polsce oraz określono możliwości wykorzystania doświadczeń wybitnego nauczyciela i organizatora opieki okołoporodowej, jakim jest prof. Diane Spatz.*

<sup>1</sup> Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), USA

<sup>2</sup> Centrum Nauki o Laktacji (CNoL), Warszawa

## WYKORZYSTANIE DOWODÓW NAUKOWYCH DOTYCZĄCYCH MLEKA KOBIECEGO I KARMIENTA PIERSIĄ DO OPTYMALIZACJI OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ [4]

Amerykańska Akademia Pediatrii rekomenduje karmienie wyłącznie mlekiem kobiecym niemowląt do szóstego miesiąca życia, następnie kontynuowanie karmienia w okresie żywienia uzupełniającego przez rok lub dłużej [5].

W USA wskaźniki karmienia piersią są skrupulatnie liczone przez Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), zbierające dane ze wszystkich stanów USA. Centrum to publikuje również rekomendacje dotyczące konkretnych działań oraz wyznacza cele, do których osiągnięcia należy dążyć. Postępy i coroczny stopień realizacji celów można śledzić na stronach CDC [6]. Cele na 2020 rok, to jest: 81,9% dzieci karmionych piersią jakkolwiek, 25,5% karmionych wyłącznie piersią do szóstego miesiąca życia, 34,1% karmionych do pierwszego roku życia, praktycznie zostały zrealizowane, a nawet przekroczone (tab. 1).

Tab. 1. Cele programu Zdrowi Ludzie 2020

Wzrost odsetka dzieci karmionych piersią/mlekiem matki:	Cel	Wyniki**
Jakkolwiek*	81.9%	83.8%
W 6 miesiącu	60.6%	57.3%
W 1 roku życia	34.1%	36.2%
Wyłącznie do 3 mc	46.2%	47.5%
Wyłącznie do 6 mc	25.5%	25.4%
Zwiększenie odsetka pracodawców realizujących program wsparcia matek karmiących	38.0%	51.0%
Ograniczenie odsetka noworodków otrzymujących mleko modyfikowane w pierwszych 2 dobach życia	14.2%	16.9%
Wzrost odsetka żywych urodzeń w szpitalach realizujących programy wsparcia dla karmienia piersią (Szpital Przyjazny Dziecku, Szpital Przyjazny USA)	8.1%	26.1%

\*ten wskaźnik obejmuje matki rozpoczynające karmienie łącznie z tymi, które zrobiły to tylko raz

\*\*Aktualne dane pochodzą z lat 2016-2018

Porównując wyniki z poprzednich lat, można stwierdzić, że wskaźniki się poprawiają: na przykład w 2014 roku karmienie rozpoczynało 79% matek, teraz 83%; w szóstym miesiącu tylko 18% dzieci było karmionych wyłącznie piersią, teraz przeszło 25%. Nadal jednak decydentów w zakresie ochrony zdrowia USA martwi to, że tak wiele matek zaprzestaje karmienia naturalnego. Według Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej USA jednym z udokumentowanych powodów tego, że kobiety nie kontynuują wyłącznego karmienia piersią przez sześć pierwszych miesięcy życia dziecka, jest brak wsparcia ze strony specjalistów opieki zdrowotnej oraz poradnictwa opartego na dowodach naukowych [7].

Większość specjalistów opieki zdrowotnej w toku kształcenia zawodowego nie uzyskuje odpowiedniej wiedzy na temat laktacji i żywienia kobiecym mlekiem, co prowadzi do przekazywania przez nich pacjentom nieprawidłowych informacji, udzielania nieprawidłowego wsparcia lub braku wsparcia w ogóle, co stwierdził Amerykański Komitet Karmienia Piersią (USBC) [8]. Opracował on zestaw podstawowych kompetencji dla specjalistów opieki zdrowotnej, akceptowany przez wiele organizacji zawodowych w USA, w tym Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia Kobiet, Stowarzyszenie Pielęgniarek Położniczych i Neonatologicznych oraz Amerykańską Akademię Pielęgniarstwa. W wykazie wykazano również bezpośredni wpływ aktualnej wiedzy personelu na wskaźniki karmienia. Szczególne znaczenie mają strategie wspierające żywienie mlekiem kobiecym ciężko chorych noworodków, stwierdzono jednak, że tylko 13% pielęgniarek wspierało w karmieniu piersią matki noworodków przebywających na OITN, a około 49% tego typu oddziałów nie zatrudniało konsultantki laktacyjnej [9].

## PROGRAM „10 KROKÓW” PROMUJĄCY I CHRONIĄCY KARMIENTA PIERSIĄ NOWORODKÓW Z GRUP WYSOKIEGO RYZYKA” [10]

Mleko kobiece jest najodpowiedniejszym pokarmem dla niemowląt, zwłaszcza niemowląt chorych i przedwcześnie urodzonych. Zapewnienie żywienia mlekiem kobiecym tych niemowląt wymaga specjalistycznego podejścia. Światowa Organizacja Zdrowia i UNICEF zainicjowały w latach 90. ubiegłego wieku program Szpital Przyjazny Dziecku. Dotyczy on organizacji opieki okołoporodowej, której celem jest ochrona, promocja i wsparcie karmienia piersią, lecz rekomendacje odnoszą się tylko do zdrowych, donoszonych noworodków. Zaproponowane przez prof. Spatz „10 kroków” dotyczy noworodków z grup wysokiego ryzyka. Strategia ta opiera się na wynikach badań i praktyce Szpitala Dziecięcego w Filadelfii, a obejmuje poniżej wymienione punkty.

1. Świadoma decyzja
2. Zainicjowanie i utrzymanie laktacji
3. Postępowanie z mlekiem kobiecym

4. Podawanie mleka kobiecego
5. Kontakt skóra do skóry
6. Nieodżywcze ssanie piersi
7. Przejście do karmienia bezpośrednio z piersi
8. Pomiar poboru mleka
9. Przygotowanie do wypisania
10. Odpowiednia opieka po wypisaniu

## 1. ŚWIADOMA DECYZJA

Wiele osób ma świadomość, że mleko matki jest dobre dla niemowląt, lecz tylko nieliczne kobiety i ich rodziny zdają sobie sprawę z ryzyka związanego z niekarmieniem piersią. Zwłaszcza kobiety w ciąży wysokiego ryzyka powinny otrzymać specjalistyczną wiedzę w tym zakresie. Mleko matki wcześniaka zawiera więcej białek, lipidów i kalorii niż mleko matki dziecka donoszonego, a różnica ta utrzymuje się przynajmniej w ciągu 29 dni laktacji. Oprócz dostarczania pełnego zestawu składników odżywczych mleko matki zapewnia noworodkowi ochronę przez żywe krwinki białe (makrofagi, neutrofile, komórki B i T), wydzielniczą immunoglobulinę A, laktoferynę, lizosomy, oligosacharydy i czynniki wzrostu. Mleko kobiece wspiera układ immunologiczny dziecka. Niemowlęta karmione piersią rzadziej zapadają na choroby dróg oddechowych, infekcje ucha, infekcje układu moczowego i biegunki, a także zakażenie wirusem RSV.

Wcześniaki karmione mlekiem kobiecym szybciej przechodzą na całkowite żywienie enteralne niż te, które dostają sztuczną mieszankę. Mleko kobiece zmniejsza u wcześniaków ryzyko martwiczego zapalenia jelit oraz posocznicy, co obniża koszty hospitalizacji, długość pobytu w szpitalu i umieralność. Badania wykazują również, że mleko kobiece zwiększa poziom inteligencji dzieci, również wcześniaków. Ponadto zmniejsza ryzyko wystąpienia retinopatii wcześniaczej, łagodzi też jej przebieg.

Autorka zaleca w ramach edukacji rodziców podawanie konkretnych przykładów, w jaki sposób mleko matki może pomóc niemowlęciu. Jednym z takich przykładów są zakażenia wewnątrzszpitalne. Wyjaśnienie, że mleko kobiece chroni niemowlę przed patogenami, z którymi może ono mieć kontakt, pomaga rodzicom zrozumieć i docenić wpływ, jaki mleko matki ma na życie ich dziecka.

## 2. ZAINICJOWANIE I UTRZYMANIE LAKTACJI

W sytuacji idealnej niemowlę powinno zostać przyślawione do piersi w ciągu dwóch godzin po porodzie. Jeśli noworodek rodzi się chory, laktacja musi zostać zainicjowana przez laktator elektryczny w pierwszych 6–12 godzinach po porodzie. Odciąganie powinno naśladować

wzorzec ssania zdrowego niemowlęcia, czyli odbywać się 8–12 razy w ciągu doby. Podczas pierwszych dni wiele kobiet odczuwa zniechęcenie, ponieważ odciągają niewiele pokarmu lub nie mają go wcale. Jednak nawet niewielkie ilości siary są cenne, ponieważ zawierają duże stężenie białka, aminokwasów i immunoglobuliny A. Pielęgniarka\* musi wyjaśnić matce, że częste odciąganie stymuluje poziom prolaktyny, która odpowiada za wytwarzanie mleka. Poziom prolaktyny w surowicy matki powoli się zmniejsza w miarę stabilizacji laktacji, ale pozostaje podwyższony przez cały okres karmienia piersią. Dla wielu matek rozpoczęcie laktacji przez odciąganie jest trudnym doświadczeniem. Z obserwacji autorki wynika, że jeśli karmienie piersią jest przedstawione jako proces 10 kroków, kobiety lepiej rozumieją swój stan i cały proces dochodzenia do karmienia piersią. W szpitalu w Filadelfii matki otrzymują dziennik odciągania, aby mogły monitorować ilość odciągniętego mleka oraz liczbę sesji odciągania w ciągu doby. Dzięki temu zauważają nawet niewielkie zmiany ilości odciąganego pokarmu. Są informowane, że szóstego dnia matki donoszonych niemowląt karmionych na żądanie wytwarzają 556–705 ml mleka dziennie, po 10–14 dniach – przeciętnie 800 ml dziennie, aż do upływu sześciu miesięcy życia dziecka (przyp. red.).

Pielęgniarki powinny codziennie oceniać laktację matki pod względem: 1) częstości odciągania w ciągu doby, 2) różnic w produkcji mleka między piersiami, 3) stopnia opróżnienia piersi podczas odciągania. Ocena pielęgniarska powinna również obejmować obserwację piersi pod kątem ewentualnych patologii (obrząk, zastój). Ważne, aby pamiętać, że matka jest źródłem pokarmu niemowlęcia.

Jeśli matka stwierdza zmniejszenie się ilości mleka, jest konieczna wczesna interwencja w celu poprawy laktacji. Produkcja poniżej 500 ml dziennie oznacza stan alarmowy. Należy skontrolować: 1) sprzęt, czy jest używany laktator elektryczny klasy szpitalnej, 2) liczbę sesji odciągania, 3) technikę odciągania, czy matka używa lejka odpowiedniej wielkości, w razie potrzeby dobrać odpowiedni rozmiar. Jeśli niemowlę jest stabilne, można rozpocząć kangurowanie, ponieważ badania wykazują, że wpływa ono stymulująco na laktację, należy też rozważyć wsparcie farmakologiczne (Metoklopramid, ale efekt uspokajający, ryzyko depresji, Domperidone, mniej skutków ubocznych, FDA ostrzega przed ryzykiem stosowania go w formie dożylniej, ale nie w postaci doustnej).

## 3. POSTĘPOWANIE Z MLEKIEM KOBIECYM

Postępowanie z mlekiem i jego bezpieczeństwo są bardzo istotną kwestią dla matek niemowląt wysokiego

\* W polskim systemie jest to zadanie głównie położnych, jak też pielęgniarek noworodkowych, w niektórych szpitalach – położnych/pielęgniarek z certyfikatem doradcy laktacyjnego.

ryzyka, odciągających pokarm i przechowujących go przez długi okres. Mleko powinno być przechowywane w szklanych lub plastikowych pojemnikach dopuszczonych do kontaktu z żywnością. W naszym szpitalu używamy sterylnych butelek na mleko kobiece firmy Medela. Każda butelka jest opisywana (nazwisko dziecka, numer dokumentów medycznych, czas odciągania). Butelki są przechowywane w indywidualnych zamykanych pojemnikach w lodówce i zamrażarce. Wyszkolone studentki pielęgniarstwa codziennie odwiedzają każdy oddział szpitala, aby sprawdzić zgodność z polityką przechowywania mleka. Na poziomie oddziału odpowiedzialność spoczywa na osobie zajmującej się tylko przechowywaniem mleka na oddziale. System postępowania z mlekiem jest opisany i przedstawiony w formie obrazkowej. W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii przechowujemy świeże mleko w lodówce przez 48 godzin. Mleko zamrożone i rozmrożone musi być zużyte w ciągu 24 godzin.

#### 4. PODAWANIE MLEKA KOBIECEGO

Oczywiście, najlepsze jest mleko kobiece podawane bezpośrednio z piersi. W przypadku najbardziej chorych dzieci może nie być to możliwe przez pierwsze tygodnie, nawet miesiące. Kiedy jest rozpoczynane żywienie enteralne, wówczas przez pierwsze 24–48 godzin warto podawać siarę, aby jak najbardziej naśladować naturalny proces.

W naszym szpitalu prosimy matki o oznaczenie pomarańczową naklejką butelek z mlekiem ściągniętym w ciągu czterech pierwszych dni po porodzie, w ten sposób łatwo je odróżnić nawet w zamrażarce. Po „zaprogramowaniu” układu pokarmowego dziecka siarą można rozpocząć karmienie świeżym mlekiem. Mrożenie zabija żywe krwinki białe, zatem mleko mrożone powinno być podawane tylko wtedy, kiedy świeże mleko nie jest dostępne. Pielęgniarka koordynuje dostarczanie mleka przez rodziców z pozostałymi członkami personelu, tak aby świeże mleko było dostępne na bieżąco.

Można również nauczyć matki dzielenia ściąganego pokarmu na niskokaloryczne mleko pierwszej fazy (odciągane w pierwszych minutach) i wysokokaloryczne mleko drugiej fazy (odciągane pod koniec sesji). Matki można też nauczyć, jak wykonywać krematokryt, czyli badanie zawartości kalorii i lipidów w mleku kobiecym. Mleko drugiej fazy może być wykorzystywane do poprawy tempa przyrostu masy.

Żywienie troficzne mlekiem matki rozpoczęte 48 godzin po porodzie w dawce 10–15 ml/kg/dzień poprawia późniejszą tolerancję stopniowego zwiększania żywienia enteralnego bez wzrostu ryzyka martwiczego zapalenia jelit. W przypadku podawania mleka kobiecego sondą jest preferowane podawanie całej dawki, a nie żywienie ciągłe. Żywienie ciągłe prowadzi do zwiększonej utraty tłuszczu, w związku z tym niemowlę otrzymuje mniej kalorii. Ponadto zwiększa ryzyko

zanieczyszczenia bakteryjnego mleka, nietolerancji karmienia i zbyt szybkiego przyrostu masy dziecka.

Nietolerancja pokarmowa może być związana z zanieczyszczoną sondą. Mehall i wsp. wykazali, że bakteryjne zanieczyszczenie sondy przy żywieniu enteralnym zdarza się często i powoduje poważne nietolerancje u niemowląt karmionych mieszkanką, może też prowadzić do martwiczego zapalenia jelit. W badaniu tym mleko kobiece wykazało właściwości ochronne niezależnie od zanieczyszczenia bakteryjnego sondy. (11)

#### 5. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Kontakt skóra do skóry to praktyka układania niemowlęcia ubranego tylko w pieluszkę na nagiej pierśi rodzica. W ostatnich 20 latach opublikowano wiele badań dotyczących kontaktu skóra do skóry, wykazano w nich, że taki kontakt jest korzystny zarówno dla niemowlęcia, jak i rodziców: poprawia stan zdrowia, zapewnia stabilność fizjologiczną, w tym poprawę wymiany gazowej, rytmu serca, zmniejsza liczbę bezdechów, ma też pozytywny wpływ na przyrost masy. W kilku badaniach porównywano niemowlęta mające kontakt skóra do skóry, z grupą niemowląt, które go nie miały. Niemowlęta, które doświadczają takiego kontaktu, mają bardziej zorganizowane stany snu i czuwania, dłuższy czas spokojnego snu i skupienia uwagi, krócej przebywają w szpitalu, łagodniej przechodzą infekcje, w wieku 12 miesięcy wykazują lepszy rozwój umysłowy i psychomotoryczny w porównaniu z grupą kontrolną. Z punktu widzenia karmienia piersią kontakt skóra do skóry poprawia produkcję mleka, pomaga osiągnąć odpowiedni jej poziom i wydłużyć czas trwania, zmniejsza też stres matki.

#### 6. NIEODŻYWCZE SSANIE PIERSI

Nieodżywcze ssanie piersi należy rozpocząć, kiedy niemowlę jest już w stanie przebywać poza inkubatorem. Należy poinstruować matkę, aby opróżniła pierś tuż przed karmieniem. Należy ułożyć dziecko „skóra do skóry” przy piersi, a matka powinna manualnie wycisnąć kilka kropel pokarmu na usta dziecka. W ten sposób dziecko poznaje smak mleka i zapoznaje się z piersią podczas karmienia sondą. Badania Nyquist i wsp. sugerują, że odruch szukania piersi, umiejętność chwytania brodawki wraz z otoczką pojawia się już w 28 tygodniu, jeśli dziecko miało kontakt z piersią. Niemowlęta w tym badaniu reagowały na pierwszy kontakt z piersią matki odruchem szukania piersi i ssania niezależnie od wieku ciążowego, w którym przyszły na świat. Badacze zaobserwowali ssanie odżywcze w 30 tygodniu wieku ciążowego i powtarzalne serie ponad 10 do 30 zassań w 32 tygodniu. (12)

Pielęgniarka powinna ustalić z matką, kiedy może się rozpocząć ssanie nieodżywcze. Najlepiej, aby matka już wcześniej codziennie miała okazję na kontakt skóra

do skóry, tak aby ssanie nieodżywcze puste piersi stanowiło naturalny kolejny krok. Autorka zaobserwowała w swojej praktyce klinicznej, że kiedy niemowlę dojrzewa, samodzielnie zaczyna przemieszczać się w stronę piersi podczas kontaktu skóra do skóry.

## 7. PRZEJŚCIE DO KARMIENTA BEZPOŚREDNIO Z PIERSI

W miarę jak niemowlę dojrzewa i jest w stanie uchwycić pierś oraz skutecznie ssać, jest możliwe przejście od nieodżywczego do odżywczego ssania. Nie ma powodu, by niemowlę musiało być karmione butelką przed rozpoczęciem ssania piersi. Karmione piersią noworodki donoszone, wcześniaki i noworodki z chorobami serca są bardziej stabilne fizjologicznie podczas ssania piersi. Wykazują rzadsze nieprawidłowości rytmu serca, oddychania i saturacji, rzadziej zdarzają się im epizody bezdechu i bradykardii. Natomiast zamknięcie dróg oddechowych przy połknięciu podczas karmienia butelką zakłóca oddychanie i może wpływać negatywnie na wykładniki stanu dziecka.

Technika przystawiania do piersi dzieci chorych lub przedwcześnie urodzonych wymaga wiedzy i uwagi. Bardzo istotne jest wsparcie głowy i szyi, zatem najbardziej skuteczne są pozycja krzyżowa i futbolowa, ponieważ matka może podtrzymywać pierś i jednocześnie kontrolować głowę niemowlęcia. Często jest stosowana nakładka na brodawkę, tzw. kapturek, jako tymczasowe narzędzie zwiększania poboru mleka z piersi i wydłużania czasu karmienia. Kapturek pomaga kompensować słabe ssanie niedojrzałego niemowlęcia. Jest skuteczny, jeśli jest stosowany wcześniej i podczas wszystkich sesji karmienia. Pielęgniarka powinna najpierw pozwolić niemowlęciu spróbować ssania bez kapturek, następnie, jeśli nie następuje efektywny pobór mleka, wykorzystać kapturek. Jeśli matka ma płaskie lub wklęsłe brodawki, kapturek powinien być stosowany od początku. Matka powinna korzystać z kapturek do czasu, gdy dziecko będzie w stanie pobierać pełną porcję mleka. Następnie może zacząć powoli rezygnować z kapturek. Proces ten najprawdopodobniej będzie miał miejsce już po wypisie.

Pielęgniarki kontrolują proces karmienia i mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na sukces laktacyjny. Karmienie piersią oznacza więcej pracy dla personelu pielęgniarskiego i wymaga więcej czasu, jednakże zapewnienie wsparcia i opieki laktacyjnej prowadzi do lepszych wyników laktacji, ważnych dla matki i dla dziecka.

## 8. POMIAR POBORU MLEKA

Test wagowy jest prostą, nieinwazyjną techniką pomiaru poboru mleka podczas sesji karmienia piersią. Jest on dokładny, jeśli stosuje się wagę elektroniczną. W swym badaniu Hurst i wsp. stwierdzili, że matki, któ-

re prowadziły kontrolne ważenie dziecka, wykazywały mniejszy poziom niepokoju. (13) W naszym szpitalu używamy wagi BabyWeigh Scale firmy Medela. Jej dokładność została wcześniej udowodniona. W miarę jak dziecko pobiera coraz więcej mleka bezpośrednio z piersi, można zmniejszać ilość mleka podawanego dodatkowo. W tabeli 2 jest przedstawiona procedura testu wagowego. Pielęgniarka jest odpowiedzialna za nauczenie jej matki.

Tab. 2. Procedura wykonania testu wagowego.

Czynności	Uwagi
Ustawienie wagi	na gładkiej, płaskiej powierzchni szalka niczego nie dotyka z daleka od źródeł ciepła lub chłodzenia (klimatyzacja)
Dezynfekcja	przetrzeć wagę środkiem antybakteryjnym, potem włączyć
Dziecko przed karmieniem	w ubranku i/lub kocyku, wraz z przewodami/innymi sprzętami, z którymi będzie karmione
Ważenie przed karmieniem	zapisać masę dziecka przed karmieniem, sprawdzić 2 razy
Karmienie	Z jednej piersi
Ważenie po karmieniu	Nie zmieniać pieluszki/ubranek. Zapisać wynik, sprawdzić 2 x
Karmienie i ważenie jw.	Z drugiej piersi
Oszacowanie porcji	Odjąć uzyskany wynik przed karmieniem od wyniku po karmieniu. Ilość pobranego pokarmu: 1 gram = 1ml. Można szacować porcję z sesji karmienia (obie piersi) lub z każdej piersi osobno.

Z doświadczenia autorki wynika, że matki są w stanie przejąć pełną odpowiedzialność za proces karmienia, potrafią prowadzić testy wagowe i odpowiednio modyfikować sesje karmienia piersią. Zmniejsza to obciążenie czasowe pielęgniarek, a matka nabiera pewności, że będzie w stanie karmić dziecko piersią w domu.

## 9. PRZYGOTOWANIE DO WYPISU

Aby dobrze przygotować matkę do wypisu, należy dać jej jak najwięcej możliwości karmienia piersią w szpitalu. Pielęgniarka, kontrolując produkcję mleka u matki i różnice między piersiami, pomaga dostosować

wywać karmienie do możliwości dziecka. Jeśli dziecko zjada małe porcje mleka z piersi, pielęgniarka może zalecić, aby matka odciągnęła nieco mleka pierwszej fazy przed sesją karmienia, tak by dziecko uzyskało więcej mleka drugiej fazy, bogatego w kalorie i lipidy. W miarę jak dziecko wypija coraz więcej mleka z piersi, można podjąć próbę karmienia na żądanie. Autorka zaleca matkom pozostawanie z dzieckiem nawet przez osiem godzin w dniach przed wypisem. Jeśli dziecko potrzebuje dobowo 320 ml mleka, powinno dostać 140 ml w ciągu ośmiu godzin karmienia na żądanie. Będzie zjadało częściej mniejsze porcje niż podawane przez sondę czy butelką. Ilość oszacuje się za pomocą testu wagowego. Jeśli dziecko nie pobrało wymaganego minimum z piersi, można uzupełnić karmienie sondą lub butelką, a jeśli brakuje niewielkiej ilości (10–20 ml) można ją rozłożyć na kilka kolejnych karmień, kiedy matki nie ma. W ten sposób matka pod kontrolą pielęgniarki uczy się procesu żywienia dziecka.

## 10. ODPOWIEDNIA OPIEKA PO WYPISIE

Wsparcie karmienia piersią wcześniaków lub niemowląt chorych po wypisie nie może być lekceważone. W naszym szpitalu wszystkie matki karmiące piersią są wypisywane do domu z wagą dziecięcą wypożyczoną przynajmniej na miesiąc, zależnie od umiejętności ssania. Matki otrzymują informację o minimalnym dobowym zapotrzebowaniu na mleko oraz instrukcję dotyczącą karmienia „zamiast” (nakarmienie pełną porcją odciągniętego mleka zamiast sesji przy piersi) lub karmienia z uzupełnieniem (sesja przy piersi i dokarmienie częściową porcją odciągniętego mleka), zależnie od umiejętności ssania piersi przez dziecko przy wypisie. Matki kontrolują wszystkie sesje karmienia przy użyciu wagi do czasu, aż dziecko wykaże umiejętność samodzielnego uzyskiwania pełnej porcji pokarmu bezpośrednio z piersi.

Jeszcze pewien czas po wypisie matka powinna odciągać pokarm laktatorem, ponieważ tylko nieliczne wcześniaki są w stanie utrzymać odpowiednią laktację u matki. Z doświadczenia autorki wynika, że większość dzieci po wypisie jest karmionych z jednej piersi podczas jednej sesji karmienia. Z drugiej piersi matka odciąga mleko i przechowuje do późniejszego użycia. Piers, z której pokarm był odciągany, powinna być podana dziecku jako pierwsza podczas kolejnej sesji karmienia.

Jeśli matka ma w domu wagę, może na bieżąco monitorować przyrost masy dziecka. Codzienne ważenie nie jest konieczne, wystarczy ważyć dziecko dwa razy w tygodniu.

Wielu pracowników ochrony zdrowia nie zdaje sobie sprawy z ryzyka niedożywienia tak wymagających

pacjentów i może doradzać matkom zaprzestanie odciągania lub mierzenia poboru mleka przez dziecko. Strategia oparta na wiedzy naukowej może zoptymalizować opiekę nad kobietą karmiącą i niemowlęciem. Zapewnienie kobiecego mleka i szansy na późniejsze karmienie piersią to rzecz, którą dla swojego dziecka może zrobić tylko matka. Pielęgniarki za pomocą strategii „10 kroków” mogą promować i chronić karmienie piersią niemowląt z grupy wysokiego ryzyka.

## KLUCZOWA ROLA PIELĘGNIAREK\* WE WSPIERANIU KARMIEŃ PIERSIĄ [14]

Pielęgniarstwo jest największym zawodem medycznym w USA, wykonywanym przez 2,6 mln osób. Jednak u pielęgniarek jest dobrze udokumentowany brak wiedzy na temat karmienia piersią. Natomiast niezwykle istotne jest, aby pielęgniarki posiadały wiedzę i umiejętności umożliwiające efektywną opiekę nad kobietą karmiącą i aby uważały tę opiekę za istotną część swojej pracy. Spatz, Pugh i panel Ekspertów Karmienia Piersią Amerykańskiej Akademii Pielęgniarstwa w 2007 roku opublikowali model włączenia informacji o karmieniu piersią i mleku kobiecym do programów nauczania pielęgniarek [15]. Od 1995 roku prof. Spatz prowadzi seminarium na temat karmienia piersią i laktacji w szkole pielęgniarskiej Uniwersytetu Pensylwanii. Ten innowacyjny kurs przedstawia karmienie piersią od strony naukowej i badawczej. Obejmuje 28 godzin teorii i 14 godzin praktyki klinicznej [16] (polskim odpowiednikiem jest kurs specjalistyczny dla edukatorów ds. laktacji, przyp. red.). Wszystkie szkoły pielęgniarskie powinny mieć takie kursy dla swoich studentów. Jednakże większość szkół pielęgniarstwa oferuje niewiele lub zero wiedzy na temat karmienia piersią. Szpitale i przychodnie zatrudniają więc pielęgniarki, które nie są w stanie zapewnić wsparcia i opieki w karmieniu piersią, muszą jednak mieć możliwość doszkolenia się podyplomowo. Prof. Spatz realizuje taki kurs w swoim szpitalu [17]. Wykształcone pielęgniarki powinny stanowić pierwszy poziom interwencji dla wszystkich kobiet karmiących i ich niemowląt. Gdyby tak było, obciążenie konsultantek laktacyjnych zmniejszyłoby się i mogłyby one zająć się bardziej złożonymi przypadkami (opieka specjalistyczna).

## KOMENTARZ: MAGDALENA NEHRING-GUGULSKA

Można pozazdrościć Amerykanom skuteczności działania w obszarze ochrony zdrowia. W gospodarce wolnorynkowej ceni się skuteczność, bo nieskuteczność kosztuje. Nikogo nie stać i szkoda czasu na działania, które nie przynoszą wymiernego efektu. Żywienie

\* W polskim systemie tę rolę odgrywają głównie położne, a także pielęgniarki noworodkowe.

dzieci mlekiem własnych matek ma bogatą literaturę, potwierdzającą opłacalność inwestycji. Stosunkowo dawno policzono też, że okres wyłącznego karmienia piersią się wydłuża, jeśli matka uzyskuje pomoc od wykwalifikowanego personelu posiadającego wiedzę i umiejętności na najwyższym poziomie [18, 19, 20]. Określono już dawno poziom wiedzy w zakresie laktacji, odpowiedni do zadań personelu [21]. Włączono konsultantów/doradców laktacyjnych do systemu opieki, aby szybciej wyrównać braki dotyczące wiedzy, czasu i zaangażowania personelu. Stworzono strategię. [22, 23]. Policzono wskaźniki na wstępie, a monitorując je regularnie, udowodniono skuteczność działań. Tak trzymać. Właściwie to proste. Jak w każdym biznesie.

Polska w obszarze karmienia naturalnego jest krajem straconych szans. Znacznie więcej matek niż w USA rozpoczyna karmienie piersią, 98–99%! Jednak po dwóch miesiącach połowa już nie karmi. W pierwszych dobach połowa noworodków otrzymuje mleko modyfikowane [24, 25]. Wskaźniki pogorszyły się znacznie od 1997 roku, kiedy wykonano ostatnie ogólnopolskie badanie na ten temat [26]. Na szczeblu państwowym nie monitoruje się wskaźników ściśle, regularnie i prawidłowo. Ostatnie częściowe dane podawane przez GUS, zbierane przez pracowników POZ pochodzą z roku 2014 i dotyczą tylko jakiegokolwiek karmienia piersią w okresach szczytów [27]. Lepsze wskaźniki mają te regiony, które wdrażały lokalne strategie poprawy opieki [28, 29]. Różnicę widać też w szpitalach realizujących program Szpitala Przyjaznego Dziecku [30, 31].

W Polsce mamy wszystko to, co opisała profesor Diane Spatz. Mamy podobne problemy z wiedzą i edukacją, mamy podobne wyniki badań pokazujące słabości systemu i oczekiwania matek, mamy nawet opracowane prawie identyczne strategie oraz wykształconą kadrę medyczną doradców/konsultantów laktacyjnych.

Laktacja to nauka młoda, ma około 70 lat. Rozwija się prężnie, zajmują się nią naukowcy z wielu dziedzin. Zglądając do PubMed, znajdziemy ponad 9 tysięcy pozycji po wpisaniu słowa „breastfeeding”. Problem bagatelizowania tej wiedzy oraz niskiego poziomu, nieadekwatnego do zadań pracowników ochrony zdrowia, wykazały dwa badania wykonane w toku przewodów doktorskich. Podobnie jak Diane Spatz badaczki wykazały, że tylko osoby poszerzające wiedzę o laktacji w toku kształcenia podyplomowego dysponowały odpowiednimi do zadań umiejętnościami [31, 32]. Dzięki corocznym badaniom środowiska medycznego, prezentowanym w Raportach o stanie karmienia piersią przez Centrum Nauki o Laktacji, znamy słabości naszego systemu. Wiemy, że połowa matek nie uzyskuje odpowiedniego wsparcia od położnych POZ, pediatrzy zbyt często rozwiązują problemy laktacyjne zlecaniem mleka modyfikowanego, ginekolodzy nazbyt rzadko rozmawiają z matkami o karmieniu piersią [33, 34]. Matki mają różne problemy, które determinują długość karmienia [27, 35]. Odpowiedzią na potrzeby matek

jest kurs specjalistyczny kształcenia położnych oraz stanowisko edukatora ds. laktacji [36]. Rozwiązywaniem najbardziej złożonych problemów laktacyjnych zajmują się położne, pielęgniarki, lekarze, którzy kończą dłuższe kursy i uzyskują certyfikaty umiejętności, takie jak: Certyfikowany Doradca Laktacyjny (CDL), Międzynarodowy Doradca Laktacyjny (IBCLC). Jest ich 600. W Polsce kadra jest ściśle medyczna [37]. Praktykowana „specjalistyczna porada laktacyjna”, składająca się z wystandaryzowanych sześciu elementów, wyrównuje szanse matek z poważnymi problemami laktacyjnymi i umożliwia im równie długie karmienie piersią jak przez matki bez problemów [38]. Porada byle jaka, trwająca mniej niż 30 minut, bez obserwacji aktu karmienia, bez właściwej diagnozy, takiej skuteczności nie zapewnia [39]. W wielu krajach doradztwem laktacyjnym zajmują się osoby spoza zawodu medycznego. W Polsce odpowiednikiem są promotorzy karmienia piersią, a jest ich blisko 200.

Mamy naprawdę świetną strategię: Standard Opieki Okołoporodowej, który jest poszerzoną wersją „10 kroków WHO – Szpital Przyjazny Dziecku” [40]. Za polski odpowiednik „10 kroków” Diane Spatz można uznać Program wczesnej stymulacji laktacji, opracowany przez zespół specjalistów z wielu dziedzin pod kierunkiem prof. Marii Wilińskiej, z aprobatą konsultanta krajowego ds. neonatologii prof. Ewy Helwich [41]. Strategia zakłada kompleksową opiekę nad wcześniakiem, to jest zapewnienie mu mleka kobiecego od pierwszych godzin życia, wykorzystanie sprzętu do utrzymania laktacji i przechowywania mleka, oraz angażowanie zespołu w składzie neonatolog, położna, pielęgniarka noworodkowa, doradca laktacyjny, fizjoterapeuta, logopeda wczesnej interwencji.

Mamy diagnozę. Mamy leczenie. Ale go nie stosujemy właściwie. Mamy narzędzia kształcenia, mamy wykwalifikowaną kadrę, mamy wiele położnych chętnych poszerzyć swoje kompetencje. Ale jakaś tajemnicza siła nie pozwala zmienić programów kształcenia na studiach, wyposażać szpitali w sprzęt do odciągania pokarmu, wypożyczać go matkom do domu, prowadzić specjalistyczne poradnictwo laktacyjne w ramach koszyka świadczeń refundowanych, zatrudniać doradców w szpitalach w systemie zmianowym, realizować wytycznych do opieki okołoporodowej czy programu wczesnej stymulacji laktacji. Nasuwa się pytanie: o co tu chodzi. O ogólną niemoc organizacyjną. Niechęć. Bagatelizowanie problemu. Za to utrzymujemy z naszych podatków szereg nieskutecznych działań. Oraz, co warto dodać, finansujemy mleko modyfikowane na poziomie zawrotnych kwot rzędu 100 milionów rocznie. Do tego należy dodać koszty zdrowotne wynikające z niekarmienia piersią. Kiedy prof. Spatz zaczynała pracę, w jej szpitalu był jeden laktator i jeden bank mleka. Dziś laktatorów jest tam 80 i tyle samo lodówek na salach. Każda mama ma własny bank mleka. Tańszy, cenniejszy i szyty na miarę konkretnego dziecka.

Profesor Diane Spatz jest charyzmatyczną liderką. Świetnie poradziła sobie z ogromnym szpitalem w Filadelfii. Czy poradziłaby sobie w Polsce? Czy może zniechęciłaby się, jak wielu z nas, wskutek przebijania głową muru? Zapytała mnie po roku, czy jej pobyt miał wpływ na zmiany w opiece okołoporodowej w Polsce. Od jej pobytu wykonałyśmy szereg prac badawczych, aby zdobyć dowody na skuteczność naszych działań. Niestety, nie wpłynęły one na podjęcie oczekiwanych działań systemowych.

## PIŚMIENNICTWO

1. <https://www.medela.com/breastfeeding-professionals/news-events/congress-2019/review-past-symposia/symposium-2015-review>
2. Materiały konferencyjne. IX Zjazd Centrum Nauki o Laktacji, 2016.
3. [https://www.youtube.com/watch?v=cX0r99Pd2Bk&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=cX0r99Pd2Bk&feature=emb_title)
4. Spatz DL. Using evidence on human milk and breastfeeding to transform care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015 May-Jun;44(3):409–411. doi:10.1111/1552-6909.12571.
5. Eidelman AL, Schanler RJ i wsp. AAP, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012 Mar;129(3):e827–841. Epub 2012 Feb 27. Po polsku: <http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/Stanowisko-AAP-1.pdf>
6. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>
7. U.S. Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52682/>
8. United States Breastfeeding Committee. Core Competencies in Breastfeeding Care and Services for All Health Professionals. Rev ed. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee; 2010. <http://www.usbreastfeeding.org/core-competencies>
9. Hallowell SG, Spatz DL, Hanlon AL, Rogowski JA, Lake ET. Characteristics of the NICU work environment associated with breastfeeding support. *Advances in Neonatal Care* 2014;14(4):290–300. doi: 10.1097/ANC.000000000000102
10. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004 Oct-Dec;18(4):385–396. Review.
11. Mehall JR, Kite CA, Saltzman DA, Walleit T, Jackson RJ, Smith SD. Prospective study of the incidence and complications of bacterial contamination of enteral feeding in neonates. *J Pediatr Surg*. 2002;37:1177–1182.
12. Nyquist KH, Sjoden O, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev*. 1999;55:247–264.
13. Hurst N, Meier PP, Engstrom JL, et al. Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding for their preterm infants: effects on breastfeeding outcomes at 1, 2, and 4 week post-NICU discharge. *Pediatr Res*.1999;45:125A
14. Spatz DL. The critical role of nurses in lactation support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010 Sep-Oct;39(5):499–500.
15. Spatz DL, Pugh LC. American Academy of Nursing Expert Panel on Breastfeeding. The integration of the use of human milk and breastfeeding in nursing curricula. *Nursing Outlook* 2007;55(5):257–263.
16. Spatz DL. The breastfeeding case study: A model for educating nursing students. *Journal of Nursing Education* 2005a;44(9):432–434.
17. Spatz DL. Breastfeeding education and training at a children's hospital. *Journal of Perinatal Education* 2005b;14(1):30–38.
18. Britton C, McCormic FM, Renfrew MJ i wsp. Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 1. Art. No: CD001141. doi:10.1002/14651858. CD001141. pub3.
19. McFadden A i wsp. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Feb 28;2(2):CD001141. doi:10.1002/14651858. CD001141.pub5. PMID: 28244064
20. Spiby H, McCormic F, Wallece L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counselors on duration of breastfeeding. *Midwifery* 2009;(25):50–61.
21. Wellstart International & University of California San Diego. *Lactation Management Curriculum. A faculty guide for schools of medicine, nursing and nutrition*. California: Wellstart International 1999.
22. WHO, 2002. *Global Strategy for infant and young child feeding. Annex 2. [W:] Infant and young child nutrition. Geneva 2002: 55 WHA, Report by the Secretariat.*
23. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020 website external icon*. November 1, 2017.
24. Szczygieł A, Królak-Olejnik B, Paluszyńska D. Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia karmienia naturalnego – wstępne wyniki polskich badań wieloośrodkowych. *Post Neonatol* 2015;21(2):13–17.
25. Zagórecka E, Motkowski R, Stolarczyk A, Socha P, Piotrowska-Jastrzębska J, Socha J. Karmienie naturalne w żywieniu niemowląt z wybranych miast Polski Centralnej i Wschodniej. *Pediatrics Pol* 2007;82(7):538–549.
26. Mikiel-Kostyra K, Mielniczuk H. Karmienie piersią niemowląt i dzieci do lat dwóch. *Pediatrics Pol* 1996;71(12):1155–1158.
27. Karmienie piersią w Polsce – raport Centrum Nauki o Laktacji. [http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport\\_Karmienie\\_Piersia\\_w\\_Polsce\\_20151-1.pdf](http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport_Karmienie_Piersia_w_Polsce_20151-1.pdf)
28. Bernatowicz-Łojko U, Wesołowska A. udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do drugiego roku życia w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. *Standardy Medyczne* 2012;2.
29. Pietkiewicz A. Czynniki warunkujące przebieg karmie-



- nia piersią wśród mieszkanki miasta Gdańska w 2011 r., niepublikowany raport z badania przeprowadzonego w Gdańsku w 2011 roku w ramach Programu Zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”.
30. Wilińska M, Zejda J, Brożek G i wsp. Realizacja procedur sprzyjających karmieniu piersią w szpitalach w Polsce – wyniki badania ankietowego 2008/2009. *Standardy Med Pediatri* 2009;6(7):1056–1064.
  31. Szyber B. Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez polskie położne w zakresie laktacji w Szpitalach Przyjaznych Dziecku. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Kwiecień 2012.
  32. Nehring-Gugulska M, Nehring P, Królak-Olejnik B. Breastfeeding knowledge among Polish healthcare practitioners supporting breastfeeding mothers. *Nurse Education in Practice* 2015;(15):381–386.
  33. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Wizyty u lekarza pediatry, pobyt w szpitalu z chorym dzieckiem, miejsce pracy. Część 1. 2016.
  34. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Wizyty położnej środowiskowej i u lekarza ginekologa położnika. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 2. 2017.
  35. Kardziejonek A. Czynniki determinujące okres karmienia dzieci mlekiem matki. Rozprawa napisana pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. W. Malinowskiego, WNoZ, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Czerwiec 2019.
  36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
  37. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M, Dmoch-Gajzlerska E. Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej. *Położna nauka i praktyka* 2017;(38):15–21.
  38. Żukowska-Rubik M. Porada laktacyjna jako skuteczny środek w realizacji światowych standardów karmienia piersią. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej, WNoZ, WUM. Warszawa 2016.
  39. Nehring-Gugulska M, Bębenek D, Żukowska-Rubik M. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Opieka sprawowana przez doradców/konsultantów laktacyjnych. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 3. 2018.
  40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Dz. U. 2018, poz. 1756.
  41. Helwich E i wsp. Wilińska M (red). Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. *Standardy Med* 2014;11(1):9–57.