

Prof. Diane Spatz GOŚĆ SPECJALNY

**Kontakt skóra do skóry i karmienie w najtrudniejszych warunkach
– użyj 10 kroków (WYKŁAD)**

**Jak podnieść wskaźniki kangurowania i karmienia piersią
dzieci w szpitalu – praktyczne rozwiązania (WARSZTAT)**

**Using the Spatz 10 Step Model to Improve Skin-to-Skin
and Breastfeeding Rates**

Diane Spatz PhD, RN-BC, FAAN

Streszczenia artykułów autorstwa Diane L. Spatz, PhD, RN-BC, FAAN

Program „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka” Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2004 OctDec;18(4):385-96. Review.

„Poza inicjatywą Szpital Przyjazny Dziecku. Model 10 kroków oraz Program Pielęgniarki Laktacyjnej dla poprawy wyników w zakresie stosowania mleka kobiecego i karmienia piersią.” Spatz D.L. Beyond BFHI. The Spatz 10-Step and Breastfeeding Resource Nurse Model to Improve Human Milk and Breastfeeding Outcomes. J Perinat Neonat Nurs. 2018 Kwiecień-Czerwiec Volume 32 Number 2, 164–174;

W latach 1995-2000 prof. Diane Spatz współprowadziła finansowane przez NIH (Narodowe Instytuty Zdrowia Stanów Zjednoczonych) badanie, w którym wykorzystano pielęgniarki z tytułem magistra do poprawy karmienia piersią i stosowania mleka kobiecego w oddziałach intensywnej terapii noworodka (NICU). Po sukcesie projektu została zaproszona do Szpitala Dziecięcego w Filadelfii (Children’s Hospital of Philadelphia), gdzie powierzono jej stworzenie całościowego systemu wsparcia laktacji. Zastąpiła tam bardzo niskie wskaźniki karmienia mlekiem kobiecym i jedynie jedną etatową konsultantkę IBCLC na cały szpital. Opierając się na wynikach badań NIH i swoim doświadczeniu klinicznym, opracowała 10-krokowy model ochrony i promocji mleka matki u niemowląt wysokiego ryzyka, który stał się narzędziem dla wszystkich pracowników opieki zdrowotnej w CHOP.

Model ten z powodzeniem wdrażany został w Szpitalu w Filadelfii, a obecnie stosowany jest też w innych oddziałach intensywnej terapii noworodka na całym świecie.

W 2017 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała istotną ocenę funkcjonowania inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku (BFHI) na przestrzeni ostatnich 25 lat. Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku (BFHI), choć funkcjonująca od lat i szeroko promowana, obejmuje niecałe 10% szpitali na świecie, a jej wytyczne odnoszą się głównie do zdrowych, donoszonych noworodków. W oddziałach intensywnej terapii noworodka (NICU) wcześniaki i mali pacjenci medycznie zagrożeni często pozostają bez kompleksowego wsparcia laktacyjnego.

W odpowiedzi Diane Spatz zaprojektowała i w Szpitalu Dziecięcym z Filadelfii (CHOP) wdraża pięć wzajemnie uzupełniających się programów, najważniejszym z nich jest Model 10 kroków, uzupełniony przez program „Pielęgniarka Laktacyjna”, wytyczne oparte na dowodach, system zapewnienia jakości mleka kobiecego oraz Centrum Zarządzania Mlekiem Kobiecym (HMMC) z bankiem pasteryzowanego mleka dawczyń.

Model 10 kroków Spatz to ściśle zdefiniowane, skalowalne procedury kliniczne i organizacyjne:

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 wypisu
10. Odpowiednia opieka po wypisie

1. ŚWIADOMA DECYZJA

Świadoma decyzja stanowi fundament kompleksowej opieki nad matką i noworodkiem. Personel medyczny odpowiada za dostarczenie kobiecie i jej rodzinie pełnej, rzetelnej wiedzy na temat znaczenia karmienia piersią oraz zagrożeń związanych z jego zaniechaniem. Badania fokusowe przeprowadzone w ramach kampanii promującej karmienie piersią wykazały, że większość społeczeństwa nie zna zalecanego czasu karmienia piersią, ani nie zdaje sobie sprawy z ryzyka niespożywania mleka matki. Dlatego wszystkie pacjentki powinny zostać poinformowane o fizjologii laktacji, obejmującej m.in. sposób wytwarzania i zmiany składu mleka w czasie laktacji – z uwzględnieniem faktu, że mleko matki wcześniaka przez co najmniej 29 dni zawiera wyższe stężenia białek, lipidów i kalorii niż mleko matki noworodka urodzonego o czasie. W ramach edukacji należy również przedstawić kluczowe składniki immunologiczne mleka matki, takie jak żywe krwinki białe (makrofagi, neutrofile, limfocyty B i T), immunoglobulina A, laktoferryne, lizosomy, oligosacharydy oraz czynniki wzrostu, które wspierają dojrzałość układu odpornościowego i chronią niemowlę przed infekcjami. Konkretnie korzyści kliniczne, takie jak szybsze przejście na pełne żywienie enteralne, przyspieszone opróżnianie żołądka, zmniejszenie ryzyka martwiczego zapalenia jelit i posocznicy, krótszy pobyt szpitalny u wcześniaków oraz niższa zachorowalność na infekcje dróg oddechowych, ucha, układu moczowego i biegunki, także muszą zostać omówione.

Specjalistyczne podejście skierowane jest szczególnie do kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, których płód prenatalnie zdiagnozowano z wrodzoną wadą rozwojową i które przenoszą opiekę do Centrum Diagnostyki i Leczenia Płodu (CFDT) w CHOP, planując poród w Specjalistycznym Oddziale Porodowym Rodziny Garbose (Garbose Family SDU). Pacjentki te otrzymują indywidualną prenatalną konsultację laktacyjną 1:1, podczas której

szczegółowo omawiane są korzyści mleka kobiecego oraz przygotowanie do świadomej decyzji o karmieniu piersią zgodnie z modelem dziesięciu kroków. Każda rodzina wyposażona jest również w materiał edukacyjny taki jak DVD „Power of Pumping”, zawierający omówienie fizjologii laktacji, charakterystyki mleka kobiecego oraz praktyczne instrukcje przejścia od odciągania pokarmu laktatorem do bezpośredniego karmienia z piersi.

Równolegle z edukacją kobiety angażuje się partnera lub inną osobę wspierającą, przekazując jej szczegółową listę zadań określającą obowiązki w okresie poporodowym. Zadania te obejmują organizację harmonogramu odciągania mleka, obsługę i konserwację laktatora, wsparcie emocjonalne podczas pierwszych prób karmienia piersią oraz motywowanie do utrzymania i rozwoju laktacji. Dzięki takim działaniom pacjentka zyskuje poczucie bezpieczeństwa i wszechstronną pomoc, co zwiększa szanse na sukces karmienia piersią.

Podkreślenie wartości świadomej decyzji jest kluczowe: karmienie piersią to nie tylko standardowa procedura, lecz także istotny czynnik ratujący życie noworodka i minimalizujący koszty hospitalizacji. Przykłady zakażeń szpitalnych i rola przeciwciał zawartych w mleku matki doskonale ilustrują, w jaki sposób składniki mleka chronią dziecko przed patogenami obecnymi w otoczeniu szpitalnym. Kompleksowa edukacja, poparta dowodami naukowymi oraz wsparciem praktycznym, umożliwia kobiecie i jej rodzinie podjęcie świadomej i trwałej decyzji o karmieniu piersią, co przekłada się na zdrowie dziecka w krótkiej i długiej perspektywie.

2. ZAINICJOWANIE I UTRZYMANIE LAKTACJI

Drugim etapem modelu jest skuteczne uruchomienie i podtrzymanie produkcji mleka matki, co jest kluczowe zwłaszcza u noworodków chorych lub wcześniaków. W warunkach optymalnych zdrowe niemowlę powinno zostać przystawione do piersi w ciągu dwóch godzin od porodu. Gdy jednak maluch wymaga intensywnej opieki lub jest wcześniakiem, laktację inicjuje się za pomocą elektrycznego laktatora, najlepiej **w ciągu 6 godzin po narodzinach**.

Model odciągania powinien odwzorowywać naturalny rytm ssania dziecka, dlatego proces ten należy powtarzać 8–12 razy na dobę, w odstępach co 2–3 godziny, aż do całkowitego opróżnienia piersi podczas każdej sesji. Choć w pierwszych 3–4 dniach produkowana ilość siary bywa niewielka, jej wartość jest nie do przecenienia, ponieważ dostarcza białka, aminokwasy i immunoglobulinę A, które są kluczowe dla ochrony noworodka. Powinno przygotować się matkę na fakt, że początkowe objętości będą małe i wyjaśnić mechanizm: odciąganie stymuluje wydzielanie prolaktyny, co po kilku dniach prowadzi do pełnej laktacji.

Według danych klinicznych już około 6. dnia laktacji matki donoszonych niemowląt, które odciągają mleko „na żądanie”, osiągają średnio dziennie 556–705 g mleka, a prawidłowy zakres produkcji utrzymuje się między 440 a 1220 g na dobę przez pierwsze sześć miesięcy. Jednak to stopień opróżnienia piersi jest najważniejszym czynnikiem napędzającym dalszą syntezę pokarmu, dlatego personel powinien dążyć do więcej niż 8 sesji odciągania na dobę, co zapobiega spadkowi poziomu prolaktyny.

Codzienna ocena laktacji przez położne i pielęgniarki neonatologiczne obejmuje:

- liczbę odciągania w ciągu doby,
- porównanie wydajności obu piersi i stopnia ich opróżnienia,
- kontrolę prawidłowej techniki i doboru lejka (standardowo 24 mm, opcjonalnie 27 lub 30 mm dla większych brodawek),
- ocenę stanu piersi pod kątem obrzęków, zastoju lub innych patologii.

Każda matka prowadzi dziennik odciągania, w którym dokumentuje objętość mleka i liczbę sesji. W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii wprowadzono inicjatywę „Pump Early, Pump Often” („Odciągaj wcześniej, odciągaj często”), monitorującą w elektronicznej dokumentacji czas pierwszego odciągania oraz analizującą co miesiąc odsetek matek rozpoczynających laktację w ciągu pierwszej godziny po porodzie i czynniki wpływające na sukces inicjacji.

W sytuacjach trudnych, gdy produkcja nie przekracza 500 ml na dobę, konieczna jest szybka interwencja: sprawdzenie jakości laktatora, liczby sesji, techniki odciągania i doboru lejków. Istotne jest także włączenie wsparcia rodzinnego – pomoc przy obsłudze urządzenia, oznaczaniu pojemników i utrzymaniu higieny zestawów.

Dodatkowe metody wspomagające laktację obejmują kontakt skóra do skóry, który stymuluje wydzielanie oksytocyny i prolaktyny, oraz farmakoterapię. Metoklopramid (10 mg co 8 godzin) bywa stosowany jako lek pierwszego rzutu, choć może przenikać do ośrodkowego układu nerwowego i wywoływać senność lub objawy depresyjne. Bezpieczniejszą alternatywą jest domperidon – skuteczny doustnie, z mniejszą liczbą działań niepożądanych.

Podkreślenie znaczenia wczesnego i częstego odciągania, a także bieżąca ocena podaży mleka w pierwszym tygodniu, ma kluczowy wpływ na długoterminowy sukces laktacyjny. Dzięki systematycznemu monitorowaniu i wsparciu klinicznemu wiele matek utrzymuje produkcję na poziomie 1000 ml dziennie przez cały pobyt dziecka w oddziale intensywnej opieki, a nawet przez kolejny rok lub dłużej.

3. POSTĘPOWANIE Z MLEKIEM KOBIECYM

Przechowywanie mleka kobiecego wymaga użycia sterylnych szklanych lub plastikowych pojemników dopuszczonych do kontaktu z żywnością, które matka oznacza imieniem dziecka, numerem dokumentacji i datą oraz godziną odciągania. Butelki umieszcza się w indywidualnych zamykanych skrzynkach w lodówce (do 48 godzin) lub zamrażarce (po rozmrożeniu zużyć w 24 godziny). Codziennie asystentki badawcze (np. studentki pielęgniarstwa) sprawdzają zgodność z procedurami, a na poziomie oddziału odpowiada wyznaczony lider ds. przechowywania.

Personel pielęgniarski współpracuje z rodziną, aby koordynować dostawy mleka, monitorować ilość odciąganego pokarmu oraz liczbę matek korzystających z laktatora. Równocześnie regularnie ocenia się stan mleka i ewentualne straty, co pozwala optymalizować zasoby i minimalizować marnotrawstwo.

Wybór świeżego mleka ma zawsze priorytet – mrożone używa się tylko w razie braku świeżego, a PDHM (pasteryzowane mleko dawczyń) służy wyłącznie jako tymczasowe uzupełnienie. Taki porządek chroni biologicznie aktywne i immunologiczne właściwości mleka matki, które są osłabiane przez zamrażanie i pasteryzację.

4. PODAWANIE MLEKA KOBIECEGO

Gdy bezpośrednie karmienie piersią nie jest możliwe (np. wcześniak lub chory noworodek), pierwsze 24–48 godzin po porodzie podaje się siarę, aby jak najbliżej naśladować proces naturalny. W naszym szpitalu prosimy matki o oznaczenie pomarańczową naklejką butelek z mlekiem ściągniętym w ciągu pierwszych 4 dni po porodzie, w ten sposób łatwo je odróżnić nawet w zamrażarce. Następnie priorytetem pozostaje świeże mleko matki; mleko mrożone stosuje się wyłącznie w razie potrzeby. Personel wraz z rodziną określa dzienną ilość potrzebnego pokarmu i dba o jego dostępność.

W żywieniu sondowym zaleca się porcjowanie podawanej objętości zamiast żywienia ciągłego, by zachować zawartość tłuszczu i zmniejszyć ryzyko bakteryjnej kontaminacji. Matki uczą się także dzielenia odciąganego pokarmu na fazę niskokaloryczną i wysokokaloryczną oraz wykonywania prostego testu krematokrytu do oceny zawartości tłuszczu.

Gdy dziecko nie jest jeszcze gotowe do ssania, wprowadza się pielęgnację jamy ustnej świeżym mlekiem lub siarą (human milk oral care), co angażuje rodzinę i wzmacnia ochronę śluzówki. Po 48–96 godzinach kontynuuje się podawanie siary w kolejności odciągania, a następnie przechodzi na regularne dostarczanie świeżego mleka. Pasteryzowane mleko dawczyń (PDHM) służy jedynie jako krótkotrwałe uzupełnienie podczas rozszerzania podaży pokarmu.

5. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Kontakt skóra do skóry, czyli umieszczenie nagiego niemowlęcia w pieluszcze na nagiej piersi rodzica, powinien być prowadzony tak często i długo, jak pozwala na to stan zdrowia dziecka. Badania wykazują, że kangurowanie stabilizuje funkcje życiowe noworodka – poprawia wymianę gazową i rytm serca, zmniejsza liczbę bezdechów, wspiera utrzymanie odpowiedniej temperatury ciała i sprzyja przyrostowi masy. U niemowląt, które regularnie doświadczają kontaktu skóra do skóry, obserwuje się lepiej zorganizowane cykle snu, dłuższy spokojny sen, szybszy rozwój neurologiczny oraz łagodniejszy przebieg infekcji, co przekłada się na krótszy pobyt w szpitalu.

Praktyka kangurowania ma również wymierne korzyści dla karmienia piersią i dobrostanu matki – stymuluje wydzielanie oksytocyny i prolaktyny, co ułatwia nawiązanie laktacji i wydłuża jej czas trwania. Dodatkowo zmniejsza poziom stresu rodziców, wzmacnia ich poczucie kompetencji i więź z dzieckiem. Systematyczne przeglądy Cochrane potwierdzają, że kontakt skóra do skóry jest bezpieczny i korzystny zarówno dla wcześniaków, jak i dzieci urodzonych o czasie.

W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii personel pielęgniarski i rodzina korzystają z dedykowanego filmu instruktażowego „Skin to Skin”, który prezentuje bezpieczne metody przenoszenia nawet intubowanych noworodków na piersi rodzica. Zachęca się do wdrożenia kangurowania w trybie ciągłym lub wielokrotnych sesji dziennie, dostosowanych do indywidualnej stabilności fizjologicznej niemowlęcia, aby maksymalizować korzyści tej praktyki.

6. NIEODŻYWCZE SSANIE PIERSI

Nieodżywcze ssanie piersi należy inicjować u stabilnych hemodynamicznie niemowląt, które opuściły inkubator lub zostały ekstubowane. Przed każdą sesją położna powinna

poprosić matkę o manualne wyciśnięcie kilku kropli pokarmu na wargi dziecka w trakcie pielęgnacji skóra do skóry. Ta procedura umożliwia ocenę odruchu szukania, umiejętność przystawiania i skutecznego chwytania brodawki wraz z otoczką, który – zgodnie z literaturą – pojawia się już od 28. tygodnia ciąży, a regularna ekspozycja na pierś wzmacnia koordynację ssania. 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 i swojego wieku postmenstrualnego. Badacze zaobserwowali ssanie odżywcze w 30. tygodniu wieku ciążowego i powtarzalne serie ponad 10 do 30 zassań w 32. tygodniu.

Personel pielęgniarski wraz z matką ustala optymalny moment rozpoczęcia ssania nieodżywczego na podstawie protokołu neurologicznego i oddechowego, uwzględniając wcześniejsze sesje kangurowania. Matki instruuje się w odciąganiu pokarmu przy użyciu laktatora klasy szpitalnej: należy kontynuować odciąganie przez dodatkowe 2 minuty po ustaniu strumienia, co potwierdza pełne opróżnienie gruczołów mlecznych i maksymalną stymulację laktocytów. Autorka zaobserwowała w swojej praktyce klinicznej, że kiedy niemowlę dojrzeje, samodzielnie zaczyna przemieszczać się w stronę piersi podczas kontaktu skóra do skóry. Regularne sesje nieodżywczego ssania wpływają na skrócenie czasu adaptacji do karmienia bezpośredniego, wydłużenie fazy skutecznego ssania i poprawę chwytu brodawki. Dzięki temu niemowlę rozwija pamięć motoryczną ssania, co przyczynia się do stabilizacji produkcji mleka i zwiększenia efektywności laktacji w długim okresie.

7. PRZEJŚCIE DO KARMIENTA PIERSIĄ

Gdy niemowlę osiąga dojrzałość neurologiczną i umiejętność uchwycenia brodawki, personel pielęgniarski inicjuje przejście z nieodżywczego do odżywczego ssania. Brak konieczności etapu butelkowego podkreśla, że bezpośrednie ssanie piersi sprzyja większej stabilności fizjologicznej, obserwuje się rzadsze zaburzenia rytmu serca, oddychania i saturacji oraz mniejsze ryzyko bezdechów i bradykardii w porównaniu z karmieniem butelkowym.

W praktyce klinicznej zaleca się zastosowanie podpór głowy i szyi w pozycjach krzyżowej lub futbolowej, które umożliwiają pielęgniarsce jednoczesne wsparcie głowy dziecka i kontrolę piersi. Matce doradza się utrzymanie bliskiego przystawienia i podtrzymywanie piersi przez całą sesję, aby nie dopuścić do odsunięcia się dziecka pod jej ciężarem.

W przypadku trudności z efektywnym poborem pokarmu należy najpierw umożliwić próbę ssania bez kapturka, a jeśli to nie przynosi rezultatów, wprowadzić silikonowy kapturek na brodawkę od wczesnego etapu karmienia. Kapturek skoncentruje podciśnienie ssania na jego czubku, co zwiększa objętość pobieranego mleka i wydłuża czas odżywczego ssania. Matka stopniowo rezygnuje z kapturka, gdy dziecko osiąga zdolność samodzielnego efektywnego chwytu.

Personel pielęgniarski monitoruje i dokumentuje liczbę oraz czas sesji karmienia piersią, stosując podejście karmienia na życzenie niemowlaka (infant-driven feeding), które wiąże się z lepszymi wynikami klinicznymi, krótszym pobytem w szpitalu i wydłużeniem okresu karmienia. Projekt „Transition to Breast” udowodnił, że przy odpowiednim wsparciu 100% kwalifikujących się niemowląt operowanych chirurgicznie przechodzi na wyłączne karmienie piersią przed wypisem.

8. POMIAR POBORU MLEKA

Test wagowy stanowi złoty standard określania rzeczywistej ilości pokarmu pobranego podczas sesji karmienia piersią i wymaga precyzyjnej wagi elektronicznej (dokładność ± 2 g), np. BabyWeigh Scale firmy Medela. Przed użyciem pielęgniarka dezynfekuje wagę, umieszcza ją na gładkiej, równej powierzchni z dala od źródeł ciepła lub chłodzenia, a następnie waży dziecko w ubranku lub kocyku bez zmiany dodatkowego wyposażenia (rurek, przewodów). Pomiar przed karmieniem powtarza się dwukrotnie, po czym niemowlę jest przystawiane do piersi. Bez zdejmowania pieluchy czy ubrań wykonuje się dwukrotne ważenie po karmieniu i różnicuje masę przyjmując, że każdy gram odpowiada jednemu mililitrowi pobranego mleka.

W warunkach szpitalnych oraz po wypisie ważenia kontrolne pomagają monitorować adaptację laktacyjną, a ich wyniki mogą zmniejszać poziom niepokoju matek. Jeśli podczas karmienia stosowany jest silikonowy kapturek na brodawkę, transfer pokarmu również mierzy się wagowo aż do momentu, gdy dziecko samodzielnie efektywnie pobiera wymaganą objętość mleka z piersi. Pielęgniarka instruuje matkę i rodzinę w prowadzeniu ważenia: od przygotowania wagi, przez powtórzenia pomiarów, po analizę wyników i dostosowanie planu karmienia.

W populacjach wysokiego ryzyka, u niemowląt pozornie „ssących” pierś bez rzeczywistego transferu mleka, test wagowy jest niezbędny do wczesnego wykrycia niedożywienia lub przekarmienia. Dokładny pomiar transferu mleka umożliwia ocenę skuteczności ssania i planowanie dalszego wsparcia laktacyjnego. Dopóki dziecko nie osiąga wymaganego poboru mleka bezpośrednio z piersi, stosuje się ważenia przed i po sesji, co stanowi podstawę bezpiecznego i efektywnego wprowadzania wyłącznego karmienia piersią.

9. PRZYGOTOWANIE DO WYPISU

Aby zapewnić płynne przejście do karmienia piersią w warunkach domowych, matka powinna w okresie przed wypisem maksymalnie wykorzystać okazje do bezpośredniego karmienia. Personel pielęgniarski aktywnie zachęca ją do spędzania jak najwięcej czasu z dzieckiem na oddziale, obserwowania jego sygnałów głodu i reagowania na nie, co jest kluczowe zwłaszcza u wcześniaków i dzieci z chorobami, których sygnały mogą być subtelne. Zgodnie z zaleceniami Pauli Meier moment rozpoczęcia karmienia na żądanie uzależnia się od zdolności niemowlęcia do przyjęcia przynajmniej 50% zapotrzebowania doustnie.

Podczas wsparcia laktacji personel ocenia całkowitą dobową produkcję mleka matki oraz jej zmienność w ciągu dnia i pomiędzy piersiami. Te dane pozwalają określić, z której piersi rozpocząć próbę karmienia oraz czy wskazane jest wcześniejsze odciągnięcie mleka. Przykładowo, przy dobowej produkcji 1000 ml, każda sesja odciągania dostarcza 100–200 ml pokarmu, co przy niewielkim spożyciu (np. 40 ml) uzasadnia wcześniejsze odciągnięcie mleka pierwszej fazy, aby dziecko otrzymało więcej bogatszej w kalorie fazy drugiej.

W dniach poprzedzających wypis zaleca się przedłużenie obecności matki na oddziale do 8 godzin dziennie, podczas których doskonalili się responsywne karmienie, rejestruje się sesje ssania i objętość spożywanego mleka za pomocą ważenia kontrolnego. Jeśli po zakończeniu tego okresu dziecko nie osiągnie wymaganego minimum, personel uzupeł-

nia karmienie sondowe lub butelką, a niewielkie niedobory rozkłada na kolejne sesje. Ta praktyka umożliwia matce zdobycie pewności co do własnych umiejętności i zapewnia bezpieczne rozpoczęcie laktacji w domu.

Wdrożenie projektu „Infant-Driven Discharge” (model wypisu oparty na gotowości żywieniowej dziecka) opartego na modelu karmienia responsywnego, zaadaptowanego w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii, doprowadziło do ustandaryzowania tej procedury w 100% kwalifikujących się przypadków, co potwierdza skuteczność podejścia i możliwość przeniesienia go do innych placówek.

10. ODPOWIEDNIE WSPARCIE PO WYPISIE

Kluczowym elementem sukcesu karmienia piersią u wcześniaków i chorych niemowląt jest zapewnienie matkom kompleksowego wsparcia po wypisie. Wszystkie karmiące matki otrzymują do wypożyczenia na minimum miesiąc precyzyjną wagę BabyWeigh Scale, co pozwala monitorować transfer pokarmu i przyrost masy dziecka w warunkach domowych. Personel instruuje, że każda sesja karmienia piersią powinna być potwierdzona ważeniem, aż niemowlę osiągnie niezależne efektywne pobieranie odpowiedniej ilości mleka bez wsparcia dodatkowego. W przypadku braku pełnego poboru pokarmu podczas ssania piersi, matka stosuje karmienie „zamiast” pełną porcją odciągniętego mleka lub „z uzupełnieniem” częściową porcją, łączącą karmienie bezpośrednie z piciem mleka z butelki.

Po wypisie matka kontynuuje odciąganie pokarmu laktatorem klasy szpitalnej, dostosowując częstotliwość sesji do dziennej produkcji mleka i zapotrzebowania niemowlęcia. Zaleca się naprzemienne stosowanie piersi: podczas jednej sesji dziecko ssie z jednej piersi, a matka odciąga z drugiej, gromadząc zapas mleka do późniejszego wykorzystania. Dzięki domowej wadze matka może okresowo (np. dwa razy w tygodniu) sprawdzać przyrost masy, który powinien stanowić docelowo 25–30 g na dobę (więcej u wcześniaków), co pozwala w porę skorygować schemat karmienia.

Personel medyczny powinien uświadomić matce ryzyko opierania się wyłącznie na klinicznych wskaźnikach, takich jak liczba pieluszek czy stolce, które nie odzwierciedlają transferu mleka i mogą prowadzić do niedożywienia. Dlatego przed wypisem istotne jest przekazanie wiedzy pozwalającej matce na podejmowanie świadomych decyzji i utrzymanie laktacji. Równie ważne jest miejsce i sposób kontaktu z poradnią laktacyjną po wypisie oraz dostęp do narzędzi, takich jak nakładki laktacyjne, które wspierają chwyt brodawki.

Wdrożenie podejścia opartego na dowodach naukowych oraz ciągły nadzór pielęgniarski to fundament ochrony i promocji karmienia piersią niemowląt wysokiego ryzyka. Dzięki modelowi dziesięciu kroków personel pielęgniarski może skutecznie wspierać matki, zwiększając ich pewność siebie i poprawiając wyniki zdrowotne dzieci.

PIELĘGNIARKA LAKTACYJNA

Biorąc pod uwagę, że pielęgniarki stanowią największą grupę zawodową w opiece zdrowotnej, kluczowe jest wzmocnienie ich kompetencji w zakresie wsparcia laktacyjnego opartego na dowodach. Obecne programy nauczania często nie obejmują wystarczającej

edukacji z zakresu laktacji i karmienia piersią, co zostało podkreślone zarówno przez raporty WHO, jak i wezwanie do działania Głównego Lekarza USA. Szpitale muszą wdrażać kompleksowe szkolenia dla personelu pielęgniarskiego, aby zapewnić matkom wcześniaków i niemowląt chorych opiekę zgodną z modelem 10 kroków. W CHOP Diane Spatz stworzyła specjalistyczny program edukacyjny umożliwiający pielęgniarkom skuteczne stosowanie tego modelu i poprawę wyników zdrowotnych dzieci z grup ryzyka.

W 2001 roku w CHOP brakowało systemowego wsparcia dla karmienia piersią i tylko jedna pełnoetatowa konsultantka laktacyjna obsługiwała cały szpital (ok. 400 łóżek). Ocena zdiagnozowała istotne braki wiedzy personelu na temat mleka kobiecego i karmienia piersią, zwłaszcza w oddziałach intensywnej terapii noworodka (NICU). Raport CDC z 2009 roku pokazał, że w 2006 r. w Pensylwanii było średnio 2,24 konsultanta IBCLC na 1000 urodzeń; liczba ta wzrosła dziś do zaledwie 3,8 na 1000. Badania Hallowella wykazały też, że połowa oddziałów NICU w USA nie zatrudnia konsultantów laktacyjnych, a tylko 13% pielęgniarek aktywnie wspiera karmienie piersią.

Aby odpowiedzieć na tę potrzebę, w 2001 r. w CHOP uruchomiono Program Pielęgniarki Laktacyjnej (BRN). Szkolenie składa się z dwudniowego (16-godzinnego) kursu dającego 14 punktów edukacyjnych oraz pełne wynagrodzenie. Szkolenie łączy wykłady, dyskusje i ćwiczenia praktyczne, koncentrując się nie tylko na karmieniu przy piersi, lecz także na metodach podawania mleka w warunkach separacji matki i dziecka. Po kursie każda pielęgniarka laktacyjna pełni rolę lokalnego eksperta i mentora dla kolegów oraz rodzin pacjentów.

By utrzymać certyfikat BRN co dwa lata odbywa się 4-godzinny kurs odświeżający na- stawiony na rozwiązywanie pytań klinicznych w oparciu o najnowsze badania oraz omówienie nowych wytycznych i inicjatyw. Do tej pory ponad 1300 pielęgniarek ukończyło BRN; obecnie ok. 800 pielęgniarek laktacyjnych działa we wszystkich oddziałach szpitala, w placówkach ambulatoryjnych i w programie po godzinach.

W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii pielęgniarki BRN stanowią trzon wsparcia laktacyjnego – aż 90% z nich deklaruje bezpośrednie zaangażowanie w pomoc przy karmieniu piersią, podczas gdy w innych ośrodkach NICU odsetek ten sięgał zaledwie 13%. Każda jednostka ma przynajmniej jedną pielęgniarkę laktacyjną reprezentowaną w multidyscyplinarnym Szpitalnym Komitecie ds. Karmienia Piersią, który odpowiada za: wdrażanie i aktualizację zasad oraz procedur karmienia piersią, comiesięczne przeglądy najnowszych badań, tworzenie innowacyjnych procesów wspierających kulturę karmienia piersią w szpitalu. W praktyce pielęgniarka BRN jest głównym punktem kontaktu dla rodzin potrzebujących wsparcia laktacyjnego oraz łącznikiem między personelem medycznym a specjalistami (konsultantami IBCLC), zapewniając ciągłość i jakość opieki opartej na dowodach naukowych.

W 2001 roku w CHOP powołano Zespół ds. Ciągłego Doskonalenia Jakości, który przeanalizował oznakowanie, przechowywanie i obsługę mleka kobiecego w całej placówce. Stwierdzono, że personel, w tym pielęgniarki laktacyjne, nie posiadał wystarczającej wiedzy na temat odciągania ani bezpiecznego magazynowania mleka. W odpowiedzi

Program Laktacyjny wraz ze Szpitalnym Komitetem ds. Karmienia Piersią i działem pielęgniarstwa opracował:

3 standardy:

**inicjowanie karmienia piersią;
pomoc laktacyjna noworodkom (zdrowym i wysokiego ryzyka);
kontakt skóra do skóry**

8 procedur:

**odciąganie, oznakowanie i przechowywanie mleka;
przygotowanie i podawanie;
transport/utylizacja;
kangurowanie;
testy wagowe transferu mleka;
użycie nakładki laktacyjnej (kapturka);
sposób suplementacji;
stosowanie podgrzewacza bezwodnego Medela**

Dodatkowo wprowadzono 2 zasady dotyczące mleka dawczyń i ekspozycji na mleko kobiece. Wszystkie materiały, standardy, procedury i zasady udostępniono na wewnętrznej stronie szpitala, a co dwa lata Komitet dokonuje ich przeglądu pod kątem najnowszych dowodów naukowych.

Kluczowym elementem zapewniającym spójność i bezpieczeństwo procedur jest codzienny audyt mlecznych zasobów według modelu 10 kroków Spatz. Przez 364 dni w roku studenci pielęgniarstwa kontrolują każdą lodówkę i zamrażarkę w szpitalu: ręcznie weryfikują oznakowanie butelek (imię i nazwisko pacjenta), daty ważności, szczelność pojemników, a od niedawna także zabezpieczenie zamków. Wyniki audytów są rejestrowane w narzędziu audytowym, aktualizowanym zgodnie z najlepszymi praktykami. Zebrane codziennie dane trafiają do kierowników pielęgniarstwa w formie cotygodniowych raportów o bieżących nieprawidłowościach, comiesięcznych analiz trendów oraz rocznego podsumowania efektywności systemu. Dzięki dostępnym w czasie rzeczywistym wynikom pokazywanym na ekranach i dostępnych tablicach oddziały mogą natychmiast reagować na wykryte braki.

CENTRUM ZARZĄDZANIA MLEKIEM KOBIECYM (HMMC)

W 2012 roku w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii (CHOP) uruchomiono nowoczesne Centrum Zarządzania Mlekiem Kobiecym (HMMC), w którym wszystkie modyfikacje i fortyfikacje mleka matki oraz dawczyń wykonuje się w warunkach zgodnych z Dobrymi Praktykami Produkcyjnymi. HMMC dysponuje także zimną wirówką do odtłuszczania mleka (ważne np. przy chylothorax), działa w ramach NICU od 8:00 do 21:30 każdego dnia i pracuje pod laminarami w czystym środowisku.

Technicy HMMC dwa razy dziennie zbierają mleko z oddziałów, omawiając z pielęgniarką zlecenia dojelitowe, stan zapasów świeżego i mrożonego mleka oraz przewidywane potrzeby. Przy odbiorze i zwrocie produktu stosują zawsze kontrolę dwóch pracowników.

Proces ten powtarzany jest też wczesnym popołudniem, by zapewnić ciągłość żywienia nocnego. Co tydzień odbywają się wspólne obchody laktacyjne z udziałem techników, dietetyka, personelu laktacyjnego, stażystów i liderów Komitetu ds. Karmienia Piersią. Analizuje się tam listę pacjentów na mleku fortyfikowanym, omawia dostępność pokarmu i ewentualne problemy (np. nieprawidłowe zlecenia czy brak planu awaryjnego), co pozwala szybko wychwycić zagrożenia i usprawnić procedury.

Od 2006 roku CHOP prowadzi rozbudowany program pasteryzowanego mleka dawczyrń (PDHM), który (przy rocznym koszcie rzędu 155 tys USD) przekłada się na oszczędności dzięki skróceniu żywienia pozajelitowego (koszty tego sięgają 18,4 mln USD). Matki hospitalizowanych dzieci w CHOP od 2010 r. przekazały ponad 120 000 uncji (prawie 3550 litrów) mleka do banku Mleka Kobięcego HMBANA (Ohio Mothers' Milk Bank), a od 2015 r. CHOP działa również jako oficjalny bank mleka HMBANA.

Program laktacyjny osiąga znaczące wyniki zarówno wśród pracowników, jak i pacjentek. Ewaluacja po 17 latach wykazała znaczący wzrost wskaźników karmienia piersią w CHOP – 94,5% przy wypisie (vs. 76,9% w USA), 78,6% po 6 miesiącach (vs. 47,2%) i 32,4% po roku (vs. 25,5%), przy ponad 95% zgodności z procedurami i skróceniu hospitalizacji wcześniaków o średnio 1,2 dnia na pacjenta. W skali klinicznej, dzięki otwarciu Specjalistycznego Oddziału Porodowego oraz codziennym obchodom prowadzonym przez studentów, inicjację odciągania mleka udaje się utrzymywać powyżej 95% każdego roku (przed 2008 r. było to jedynie 30%). Na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej 95% matek zaczyna odciągać mleko, co statystycznie przewyższa rezultat 66% w innych placówkach, a w NICU przy wypisie 83–86% niemowląt otrzymuje mleko kobiece, podczas gdy średnia krajowa wynosi poniżej 50%. Ten zintegrowany, interdyscyplinarny model opieki laktacyjnej, oparty na dowodach naukowych, nie tylko odnosi sukces w Szpitalu w Filadelfii, ale także może stanowić wzór dla innych ośrodków perinatalnych.

Ostatnie publikacje Diane Spatz

Posiadanie wystarczającej ilości mleka, aby utrzymać proces laktacji: wezwanie do działania

Artykuł stanowi wezwanie do zmiany podejścia w opiece laktacyjnej z reaktywnego na proaktywne, szczególnie wobec rosnącej liczby kobiet mających czynniki ryzyka opóźnionej aktywacji sekrecyjnej. Autorki podkreślają, że pierwsze 2–3 dni po porodzie są krytyczne dla rozpoczęcia skutecznej produkcji mleka. Czynniki prenatalne (np. cukrzyca, otyłość), okołoporodowe (np. poród przez cesarskie cięcie, krwotok poporodowy) oraz poporodowe (np. brak kontaktu skóra do skóry, wczesna separacja) mogą znacznie zakłócać fizjologię laktacji. Artykuł zaleca wdrażanie rutynowych ocen ryzyka już w ciąży, dostosowanych planów opieki oraz edukacji całej rodziny. Kluczowym postulatem jest opracowanie i stosowanie szpitalnych protokołów wspierających laktację u kobiet z ryzykiem niepowodzenia. Artykuł wzywa do uwzględnienia fizjologicznych i praktycznych

barier już na etapie ciąży, by umożliwić wszystkim chętnym matkom rozwinięcie pełnej laktacji i osiągnięcie długoterminowego karmienia piersią.

Diane L. Spatz et al. Having Enough Milk to Sustain a Lactation Journey: A Call to Action

Location: Nursing for Women's Health, Volume 28, Issue 4 p256-263 August 2024

doi: 10.1016/j.nwh.2024.02.007

Proaktywne zarządzanie laktacją w szpitalu położniczym w celu zapewnienia długoterminowej produkcji mleka i zrównoważonego karmienia piersią

W tym artykule międzynarodowy zespół pod kierownictwem Diane Spatz przedstawia operacyjny plan laktacyjny i kliniczne ścieżki postępowania dla matek z czynnikami ryzyka opóźnionej aktywacji wydzielniczej (laktogeneza II) i niskiej produkcji mleka. Autorzy wskazują na brak wytycznych dla kobiet z teoretycznie „zdrowymi” noworodkami, które jednak ze względu na stan zdrowia lub przebieg porodu mogą mieć problemy z rozpoczęciem laktacji. Przedstawiono trójstopniową klasyfikację diad: kobiety z ryzykiem, kobiety z ograniczoną zdolnością do produkcji mleka oraz noworodki nieskutecznie ssące. Artykuł podkreśla znaczenie planowania postępowania laktacyjnego już w okresie prenatalnym, a także znaczenie stosowania laktacyjnych ścieżek klinicznych uwzględniających m.in. użycie laktatorów szpitalnych, ocenę sesji karmienia oraz działania dostosowane do indywidualnych potrzeb. Celem jest zapewnienie terminowej laktogenezy II i długoterminowej produkcji mleka dzięki proaktywnemu i spersonalizowanemu podejściu do opieki laktacyjnej w szpitalu.

Diane L. Spatz et al. Proactive Management of Lactation in the Birth Hospital to Ensure Long-Term Milk Production and Sustainable Breastfeeding. Journal of Midwifery & Women's Health, 2025 Mar-Apr;70(2):343-349. doi:

10.1111/jmwh.13726. Epub 2024 Dec 26.

Propagowanie używania precyzyjnego języka dotyczącego laktacji od okresu przedporodowego do poporodowego

Artykuł rozpoczyna się od przypomnienia, że proces laktacji obejmuje precyzyjnie zdefiniowane fazy fizjologiczne: różnicowanie wydzielnicze (laktogeneza I), które od około 16. tygodnia ciąży prowadzi do aktywacji laktocytów wytwarzających siarę, oraz aktywację wydzielniczą (laktogeneza II), zwaną nawałem (w Polsce – przyp. tłum), a w USA „przyjściem mleka” (milk coming in), definiowaną jako uzyskanie co najmniej 20 ml mleka w dwóch kolejnych sesjach odciągania w ciągu pierwszych 72 godzin po porodzie. Wskazano również kluczowe okno „osiągania objętości” (coming to volume), trwające do 14. dnia życia dziecka, kiedy dzienna produkcja mleka powinna osiągać przynajmniej 500 ml, co pozwala na wczesne wykrycie ewentualnych zaburzeń stymulacji laktacji.

Głównym celem artykułu jest jednak standaryzacja pojęć stosowanych w klinice i badaniach. Autorki prezentują zestaw kluczowych terminów w tym objętość wytwarzanego mleka

(milk synthetic capacity), odruch wyptywu mleka (milk ejection reflex) oraz opróżnianie piersi z mleka (milk removal) i podkreślają, że ich jednoznaczne zrozumienie jest niezbędne, by uniknąć nieporozumień w edukacji, badaniach, finansowaniu świadczeń i dokumentacji klinicznej. Jako praktyczne wsparcie wskazano internetowy Słownik LactaPedia, opracowany przez Uniwersytet Zachodniej Australii, w którym ponad 500 terminów jest definiowanych według rygorystycznych kryteriów obiektywności, mierzalności i oparcia na dowodach naukowych, a całość jest stale aktualizowana przez międzynarodową społeczność ekspertów.

W konkluzji autorki podkreślają, że niedostateczna spójność języka może prowadzić do nieporozumień w edukacji, finansowaniu i praktyce klinicznej, dlatego zalecają, by programy kształcenia pielęgniarek uwzględniały studia przypadków z zakresu laktacji oraz elementy nauki precyzyjnej terminologii, a w instytucjach medycznych wdrożyć protokoły i narzędzia informatyczne (np. szablony w systemie EMR), które będą wymuszać konsekwentne stosowanie ujednoliconych pojęć. Dzięki temu interwencje laktacyjne będą bardziej skuteczne, a wsparcie dla kobiet planujących i rozpoczynających karmienie piersią – lepiej dopasowane do fizjologicznych mechanizmów produkcji mleka.

Promoting Accurate Language on Lactation from Prenatal to Postpartum Juntereal, Nina A. S. PhD, RN; Spatz, Diane L. PhD, RN-BC, FAAN, FAWHONN. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing ():10.1097/NMC.0000000000001108, April 10, 2025. DOI:10.1097/NMC.0000000000001108 https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/9900/promoting_accurate_language_on_lactation_from.78.aspx

Środowisko pracy pielęgniarek a wyłączone karmienie mlekiem matki podczas hospitalizacji poporodowej

Badania przeprowadzone w 258 szpitalach w pięciu stanach USA (Kalifornia, Floryda, Nowy Jork, New Jersey i Illinois) wykazały, że im lepsze było środowisko pracy pielęgniarek w oddziałach poporodowych, tym wyższy był odsetek noworodków karmionych wyłącznie mlekiem matki. Szpitale podzielono na trzy grupy według oceny w Skali Oceny Środowiska Pracy (PES-NWI): najślabsze 25%, średnie 50% i najlepsze 25%. W placówkach ze środowiskiem ocenionym jako przeciętne odsetek wyłącznego karmienia był o około 6 punktów procentowych wyższy niż w szpitalach z najniższą oceną, a w tych z najlepszym środowiskiem – nawet o 16 punktów procentowych więcej.

Analiza uwzględniła także poziom referencyjnej opieki położniczej, liczbę porodów i status „Przyjazny Dziecku” (Baby-Friendly Hospital Initiative), który sam w sobie nie wpłynął istotnie na wyniki. To sugeruje, że kluczowe znaczenie mają codzienne warunki pracy: odpowiednia liczba personelu, klarowne procedury, wsparcie przełożonych i udział pielęgniarek w podejmowaniu decyzji.

Dla zespołów medycznych pracujących z matkami karmiącymi oznacza to, że nawet najlepiej przeszkolone pielęgniarki potrzebują stabilnego, sprzyjającego otoczenia, aby móc codziennie wspierać wczesną inicjację laktacji, odciąganie pokarmu i długotrwały kontakt „skóra do skóry”. Wdrożenie systemów monitorowania wskaźników karmienia, ujednolicenie raportowania oraz ścisła współpraca między personelem a administracją mogą realnie zwiększyć liczbę niemowląt karmionych wyłącznie mlekiem matki od pierwszych godzin po porodzie.

Współpraca pielęgniarek z asystentami medycznymi w celu usprawnienia opieki laktacyjnej w pediatrycznej podstawowej opiece zdrowotnej

Badanie przeprowadzone w sieci ambulatoryjnych przychodni Szpitala Dziecięcego w Filadelfii (Children's Hospital of Philadelphia) miało na celu zbadanie roli asystentów medycznych (Medical Assistants)* we wspieraniu laktacji oraz określenie sposobów wzmocnienia ich współpracy z pielęgniarkami**. W anonimowej ankiecie wzięło udział 58 z 78 zatrudnionych asystentów medycznych (74%) reprezentujących 21 z 31 placówek. Respondenci w większości byli rodzicami (79%), a ponad połowa (53%) osobiście wspierała bliskich w karmieniu piersią; mimo to aż 67% oceniło swoje przygotowanie do edukacji rodziców w zakresie karmienia jako niewystarczające, a ponad 60% nie czuło się pewnie w doradzaniu w kwestii odciągania pokarmu, higieny sprzętu czy przechowywania mleka.

Pomimo że 95% asystentów medycznych codziennie spotyka się z noworodkami, a 69% uczestniczy w opiece nad matkami karmiącymi, aż 88% nie przeszło żadnego specjalistycznego szkolenia z zakresu laktacji. Jednocześnie 74% zna podstawowe pozycje do karmienia piersią, a 60% potrafi zadawać matkom szczegółowe pytania o przebieg karmienia, co wskazuje na solidne fundamenty wiedzy i gotowość do rozwoju.

Analiza odpowiedzi otwartych ujawniła trzy główne obszary zaangażowania asystentów medycznych: zapewnianie prywatnej przestrzeni dla karmiących (60% wskazań), oferowanie wsparcia „miękkiego” (poduszki, materiały informacyjne, selekcja pytań dla pielęgniarek) oraz inicjatywy edukacyjne. Asystenci wyrażali przekonanie, że formalne programy szkoleniowe i jasne protokoły dotyczące ich zadań umożliwiłyby im przejmowanie prostszych czynności (np. instruktaż pozycji czy przygotowanie sprzętu), odciążając pielęgniarki i pozwalając im skupić się na bardziej zaawansowanych interwencjach.

Wnioski wskazują, że asystenci medyczni są niedocenionym zasobem w zespołach opieki pediatrycznej. Uwzględnienie ich w opracowywaniu ścieżek postępowania związanych z laktacją, zapewnienie im strukturalnych szkoleń oraz stworzenie mechanizmów ścisłej współpracy z pielęgniarkami może znacząco zwiększyć zakres wsparcia dla karmiących rodzin już od pierwszych wizyt ambulatoryjnych.

*asystent medyczny w USA – w Polsce najbliższym odpowiednikiem będzie opiekun medyczny, choć jest ograniczony do świadczenia usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i in. wobec osób chorych, niesamodzielnych, niepełnosprawnych. W USA ma więcej uprawnień, pracuje w placówkach leczniczych. W Polsce asystent medyczny to funkcja administracyjna.

**opiekę po porodzie prowadzą w USA głównie pielęgniarki, nie położne

Wytyczne dla pracowników podstawowej opieki pediatrycznej* dotyczące wspierania karmienia piersią i mlekiem kobiecym

Ten artykuł przedstawia praktyczne wytyczne dla pielęgniarek**, które mają na celu wspieranie rodzin karmiących piersią w rozwijaniu i utrzymaniu odpowiedniej podaży mleka w kluczowych pierwszych tygodniach. Autorzy podkreślają, że rutynowa wizyta noworodkowa, przeprowadzana między 3. a 5. dniem po przyjściu dziecka na świat, przypada na okres aktywacji wydzielniczej (laktogeneza II) i umożliwia wczesne zidentyfikowanie problemów oraz skorygowanie błędów w postępowaniu laktacyjnym. W ramach zaleceń rekomenduje się częste karmienia lub odciąganie pokarmu — 8 do 12 razy na dobę, włącznie z nocnymi sesjami, by skutecznie stymulować produkcję mleka oraz karmienie na żądanie, czyli reagowanie na sygnały głodu dziecka zamiast trzymania się sztywnego harmonogramu. Długotrwały kontakt „skóra do skóry” między matką a noworodkiem sprzyja właściwej produkcji hormonów kompleksu laktacyjnego i naturalnym zachowaniom podczas ssania.

Pielęgniarki podczas wizyty przekazują informacje, nie tylko na temat karmienia piersią, bezpiecznych pozycji oraz spania, ale również wytyczne dotyczące bezpiecznego odciągania, przechowywania i higieny sprzętu do odciągania, oparte na zaleceniach NIZP–PZH (polskim odpowiedniku CDC), a także wsparcie w uzyskaniu refundacji na zaawansowane technologicznie laktatory szpitalne w sytuacjach, gdy bezpośrednio karmienie jest niewystarczające. W celu oceny podaży mleka sugeruje się zebranie dokładnego 24-godzinnego wywiadu dotyczącego sposobu, częstotliwości, czasu trwania i objętości karmień oraz monitorowanie wydalania oraz przyrostu masy ciała niemowlęcia. Konieczna jest także identyfikacja czynników ryzyka opóźnionej laktogenezy — takich jak poród pierwszorazowy, cukrzyca, cesarskie cięcie czy niektóre leki — oraz szybkie skierowanie rodzin do konsultantów/doradców laktacyjnych***. Tam, gdzie to potrzebne, warto wykorzystywać testy wagowe. Konieczne jest wykonywanie obserwacji prawidłowego przystawienia, efektywności ssania, ocena stanu brodawek, by precyzyjnie dostosować wsparcie.

Dodatkowo autorki dołączyły uproszczony standard postępowania klinicznego i praktyczne wskazówki.

*odpowiednik polskiego POZ, gdzie opiekę nad położnicą sprawuje położna, a nad dzieckiem położna do 8. tyg, a potem pielęgniarka POZ.

**w USA po porodzie do domu przychodzą zazwyczaj pielęgniarki (RN, LPN), położne też mogą, ale nie jest to powszechne, raczej ich opieka kończy się na porodzie.

***Ustawa o przystępnej opiece zdrowotnej (ACA) nakazuje, aby ubezpieczenia zdrowotne obejmowały wsparcie laktacyjne, w tym poradnictwo laktacyjne prowadzone przez konsultantów/doradców laktacyjnych (różne certyfikaty) i zazwyczaj pokrywają, choć nie zawsze w całości.

Guidelines for Primary Pediatric Care Professionals to Help Patients Establish and Protect Milk Supply
Slater, Courtney N. MS, CPNP-PC, CLC; Spatz, Diane L. PhD, RN-BC, FAAN, FAWHONN

MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing ():10.1097/NMC.0000000000001107, April 10, 2025. |
DOI: 10.1097/NMC.0000000000001107

https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/9900/guidelines_for_primary_pediatric_care.76.aspx