

Grażyna Bączek¹, Hanna Golubińska², Ewa Dmoch-Gajzlerska¹

Wybrane problemy okresu połogowego – rola położnej środowiskowo-rodzinnej

Selected problems of delivery period – the role of the family midwife's

¹ Z Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

² Położna środowiskowo-rodzinna, praktyka indywidualna w Lipnie

STRESZCZENIE

Cel pracy: próba zdiagnozowania rodzaju i częstotliwości problemów zdrowotnych pojawiających się u matki i dziecka w okresie połogu oraz określenie roli położnej środowiskowo-rodzinnej w ich rozpoznawaniu i rozwiązywaniu.

Materiał i metoda: Badania metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, przeprowadzono w grupie 100 kobiet, podopiecznych położnej środowiskowo-rodzinnej. Metodą uzupełniającą była obserwacja i rozmowa prowadzona w czasie wizyt patronażowych.

Wyniki: Większość badanych wykazywała prawidłowe parametry stanu ogólnego (temperatura, tętno, ciśnienie krwi) i położniczego. Najwięcej rozpoznanych problemów dotyczyło procesu laktacji. Prawie połowa (41%) oceniła swoją laktację jako niewystarczającą, tylko jedna trzecia uznała ją za prawidłową. Tylko 21% respondentek twierdzi, że nie ma żadnych problemów z brodawkami. Pozostałe zgłaszają ich tkliwość (39%) i poranienie (35%). Tylko 41% karmi piersią na żądanie. W przypadku 61% noworodków obserwuje się nieprawidłowy mechanizm ssania piersi. Analiza aktywności fizycznej kobiet pozwoliła stwierdzić, że ponad połowa respondentek (61%) odczuwa ograniczenia w poruszaniu się. Podobny odsetek przyznaje, że nie ma czasu dla siebie.

Wnioski: 1. Najczęstsze problemy okresu połogowego dotyczą procesu laktacji. 2. Pomimo edukacji przedporodowej i wsparcia w czasie wizyt patronażowych, wciąż zbyt mało kobiet karmi piersią w sposób ekologiczny. 3. Położna środowiskowo-rodzinna jest pierwszą osobą, która jest w stanie,

ABSTRACT

The purpose of the work: an attempt to diagnose the nature and frequency of emerging health problems in mothers and children during labour or post-natal period and to define the role of the family - midwife in their diagnosis and troubleshooting.

Material and method: a survey of the Diagnostic Test method using standardized questionnaire survey, carried out in a group of 100 women. Supplementary methods were observation and interview conducted during visits.

Results: Most of the examined persons showed the correct status in the general parameters (temperature, pulse, blood pressure) and obstetric. Most of the identified problems were in the process of lactation. Nearly half (41%) has assessed its lactation as insufficient, only one-third considered it correct. Only 21% argues that there are no problems with breast. Others declare their pain (39%) and wounds (35%). Only 41% of women were breastfeeding on demand. In 61% of neonates was observed abnormal breast sucking. Analysis of physical activity for women has revealed that more than half (61%) suffers from limitations in operating. A similar percentage of breastfeeding mothers saying that they do not have time for themselves.

Conclusions: 1. the most common problems concern the process of lactation. 2. in spite of the prenatal education and support during postnatal visits, still too few women breastfeeding in an environmentally sound manner. 3. the family-midwife is the first person who is able, at the time of postnatal visits, to resolve the problems of health of the

w czasie wizyt patronażowych, rozpoznać problemy zdrowotne matki i dziecka, zaplanować, wdrożyć i ocenić sposoby ich rozwiązania.

Słowa kluczowe: połóg, problem, położna

Wprowadzenie

Jednym z obszarów podległych praktyce położnej jest opieka nad kobietą w połogu i jej dzieckiem. Opieka ta jest świadczona w sposób samodzielny, zaplanowany i zindywidualizowany.

Połów to okres występujący bezpośrednio po ciąży i porodzie, w którym następuje cofanie się anatomicznych, morfologicznych i czynnościowych zmian ciążyowych. Okres ten dzielimy na trzy etapy:

- bezpośredni, występujący w pierwszych 24 godzinach po porodzie,
- wczesny połóg, obejmujący pierwszy tydzień po porodzie,
- późny połóg, trwający do 6 tygodni po porodzie [1].

Każdy z tych etapów charakteryzuje się swoistym przebiegiem wynikającym z procesów swoistych dla połogu. Ich cechą wspólną jest involucja.

Inwolucja w połogu polega na powrocie macicznych narządów do pierwotnego położenia, kształtu i stanu. Dotyczy macicy, dna macicy, powłok brzusznych, pęcherza moczowego i jelit. Inwolucja macicy jest spowodowana przerwaniem oddziaływania hormonów (na skutek wydalania łożyska) oraz zmniejszeniem ukrwienia w wyniku skurczów połogowych [2].

Zadaniem położnej jest ocena tych procesów pod kątem ich prawidłowości i podjęcie wskazanych działań w przypadku wystąpienia powikłań. Nie należy jednak skupiać się wyłącznie na sferze somatycznej u matki.

Zmiany biologiczne w przebiegu połogu, w tym hormonalne, modyfikują również procesy psychiczne u położnicy. Kobiety w tym okresie są mniej odporne i bardziej podatne na zranienie emocjonalne. Towarzyszy im często lęk i napięcie. Pojawiające się problemy emocjonalne wynikają więc ze zmian występujących w trzech podstawowych obszarach, tj. biologicznym, psychicznym i społecznym [3].

Problemy pielęgnacyjne, występujące w przebiegu połogu, wynikają przede wszystkim ze stanu położniczego kobiety (stan obkurczenia macicy, krwawienie, odchody połogowe, gojenie rany krocza, rany po cięciu cesarskim, stan gruczołów piersiowych). Równolegle pojawiają się problemy emocjonalne, takie jak permanentne zmęczenie, brak wiary we własne siły i możliwości, trudności w pogodzeniu ról społecznych, uczucie frustracji i zagubienia. Stałe obciążenie odpowiedzialnością za bezpieczeństwo i życie dziecka to sytuacja niezwykle stresująca i bez wsparcia ze strony rodziny trudno nabrać zdrowego dystansu do nowych wydarzeń.

Osobą, która jest przygotowana do profesjonalnej opieki nad matką i dzieckiem w okresie połogu jest położna.

mother and child, plan, implement and assess the ways of their solution.

Keywords: puerperium, problem, midwife

Introduction

One of the areas that subordinates to the practice of midwifery is the care for women in childbirth and the care of her baby. This care is provided in a separate, planned and individualized way.

Puerperium is a period that occurs immediately after pregnancy and childbirth, in which occurs the shifting of anatomical, morphological and functional changes of pregnancy. This period is divided into three stages:

- direct, occurring in the first 24 hours after birth,
- early puerperium, including the first week after birth,
- late puerperium, lasting up to 6 weeks postpartum [1].

Each of these stages is characterized by a peculiar course of the processes resulting from the specific to the puerperium. Their common feature is an involution.

Involution in the puerperium is when the maternal genitals return to its original position, shape and condition. Subject concerns: uterus, fundus uteri, ventral coating, urinary bladder and intestines. Uterine involution is caused by interruption of the impact of hormones (due to excretion of placenta) and a decrease in blood flow through the puerperal contractions [2]

The role of midwife is the assessment of those processes in terms of their correctness and to take specified actions in case of complications. But one should not focus solely on maternal somatic sphere.

Biological changes in the course of puerperium, including hormonal ones, modify the mental processes of obstetricians. Women in this period are less resistant and more prone to emotional injury. Often are accompanied by anxiety and tension. Emotional problems which arise, result from changes occurring in three main areas, namely biological, psychological and social [3].

The care problems occurring during the course of confinement, result primarily from the state of obstetric women (contraction of the uterus, bleeding, puerperal feces, perineal wound healing, wounds after cesarean section, the state of the mammary glands). In parallel, there are emotional problems, such as permanent fatigue, lack of faith in ones abilities and capacities, difficulties in reconciling of social roles, feelings of frustration and confusion. Constant load of responsibility for the safety of a child's life is extremely stressful situation, and without family support it is difficult to draw a healthy distance to new events.

The person who is prepared for the professional care of mother and child during childbirth is a midwife.

Family-midwife, employed in primary care, performs the tasks of family care, especially obstetric-gynecological care and care for a child. Midwife undertakes actions

Położna środowiskowo-rodzinna, zatrudniona w podstawowej opiece zdrowotnej, realizuje zadania z zakresu opieki nad rodziną, szczególnie opieki położniczo-ginekologicznej i nad dzieckiem. Położna środowiskowa podejmuje działania w dziedzinie: promocji zdrowia, profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, świadczeń leczniczych, świadczeń diagnostycznych oraz świadczeń rehabilitacyjnych. W interesującej nas sytuacji położu realizuje kompleksową opiekę nad rodziną w zakresie zgodnym z jej przygotowaniem zawodowym [4].

Zadaniem położnej środowiskowo-rodzinnej jest monitorowanie stanu zdrowia matki i dziecka w środowisku domowym, diagnozowanie nieprawidłowości, rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, planowe ich rozwiązywanie oraz kierowanie do innych profesjonalistów w sytuacji zdrowotnej przekraczającej jej kompetencje.

Cel pracy

Celem pracy była próba zdiagnozowania rodzaju i częstotliwości problemów zdrowotnych pojawiających się u matki i dziecka w okresie położu oraz określenie roli położnej środowiskowo-rodzinnej w ich rozpoznawaniu i rozwiązywaniu.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono, posługując się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety stworzony dla celów pracy. Badaną grupę stanowiło 100 kobiet, podopiecznych położnej środowiskowo-rodzinnej. Metodą uzupełniającą była obserwacja i rozmowa prowadzona w czasie wizyt patronażowych. Wszystkie uczestniczki badań były poinformowane o celu badań i wyraziły zgodę na uczestnictwo. Terenem badań było miasto i gmina Lipno w woj. kujawsko-pomorskim. Gromadzenie materiału badawczego trwało od września do grudnia 2009 roku.

Charakterystyka demograficzna badanej grupy przedstawiała się następująco: większość respondentek (68%) to mieszkanki miasta, 55% miało mniej niż 30 lat, a 35% było w grupie wiekowej od 30 do 40 lat. Największą grupę stanowiły respondentki z wykształceniem zawodowym (42%) i średnim (29%). Większość pozostawała w związku małżeńskim (84%). Warunki socjalne połowa badanej grupy oceniła jako dobre, a 1/3 jako przeciętne.

Wyniki badań

Badana grupa była stosunkowo jednorodna pod względem oceny stanu ogólnego. Jego parametry były z reguły prawidłowe. Podobnie przedstawiała się ocena stanu położniczego. Analiza aktywności fizycznej pozwoliła stwierdzić, że ponad połowa respondentek odczuwa ograniczenia w poruszaniu się (61%), a tylko 20% wykonuje regularnie ćwiczenia gimnastyczne. Większość badanych (57%) uskarża się na brak czasu dla siebie w tym trudnym okresie.

in the field of: health promotion, disease prevention, nursing services, medical services, diagnostic services and rehabilitation services. In the course of puerperium midwife implements a comprehensive postpartum care of the family to the extent consistent with its professional preparation [4].

The role of the family- midwife is to monitor the health of mother and child in the home environment, to identify deficiencies as well as the nursing problems, to resolve those problems according to the plans for their resolution and also to refer to other professionals in the situation which exceeds midwife's power.

The purpose of the work

The aim of this study was to diagnose the type and frequency of health problems occurring in the mother and child during childbirth and to define the role of a family-midwife in the diagnosis and resolution of those problems.

Materials and methods

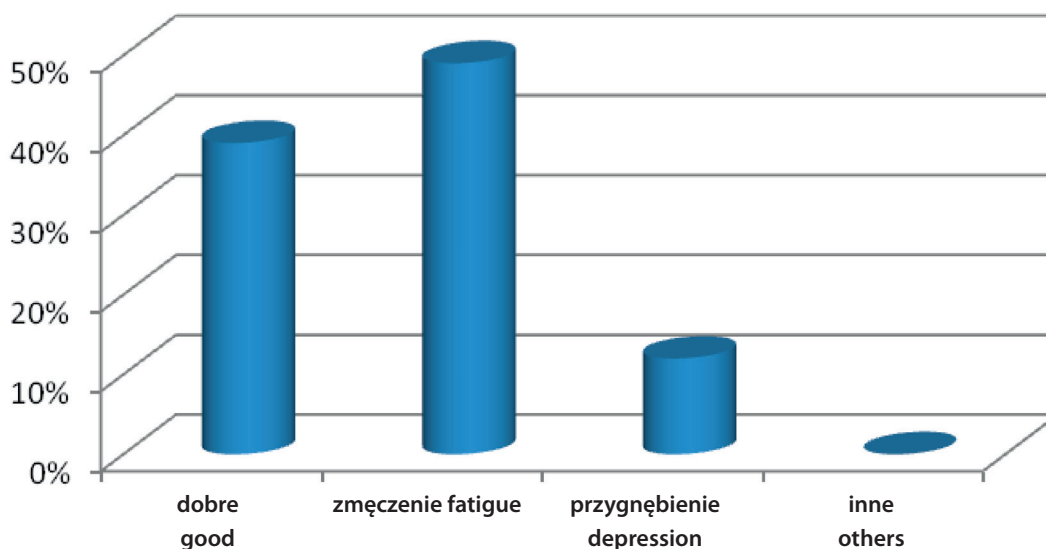
The study was conducted using the method of diagnostic survey. Proprietary research tool was a questionnaire designed especially for this study. The study group consisted of 100 women (puerperal wards), which the family - midwives took care of. Complementary methods were the observation and interview, conducted at the time of visits. All study participants were informed about the study and agreed to participate in it. The test site was a city and municipality in the commune Lipno, province Kuyavian-Pomeranian. The collection of research material lasted from September to December 2009.

Demographic characteristics of the study group was as follows: the majority of respondents (68%) are residents of the city, 55% had less than 30 years, and 35% were in the age group of 30 to 40 years. Largest group of respondents was with university education (42%) and secondary education (29%). The majority was married (84%). Social conditions half of the study group assessed as good, and 1/3 as an average.

The results

The study group was relatively homogeneous in terms of the overall assessment. Its parameters were generally correct. Similarly, was the assessment of obstetric conditions. Analysis of physical activity revealed that over half of respondents felt limitations in movement (61%), while only 20% perform regular exercises. Most respondents (57%) complain of lack of time for oneself during this difficult time.

An important issue is the health assessment of during puerperal period. Research shows the superiority of fatigue 49% in the study group, which is the natural state after maternity effort. Depression was reported in 12% of study group and was associated with a change of life style,



Ryc. 1. Samopoczucie po porodzie

Ważnym zagadnieniem w opiece połogowej jest ocena samopoczucia podopiecznej. Badania wskazują na przewagę uczucia zmęczenia 49% w badanej grupie, co jest naturalnym stanem po przebytych wysiłku porodowym. Przygnębienie podało 12% badanych i związane było to ze zmianą stylu życia, przyzwyczajają, nawyków i nadmiarem obowiązków. W momencie wydalenia łożyska poziom estrogenów i progesteronu gwałtownie obniża się. Przez tę burzę hormonalną położnica będzie raz w euforii, raz przygnębiona. To czas wrażliwości i drażliwości. Dobrym samopoczuciem cieszyło się 39% ankietowanych (ryc. 1).

Jedną z zasadniczych kwestii było ustalenie zakresu oczekiwanej pomocy ze strony respondentek. Połowa badanej grupy stwierdziła, że jest zupełnie samodzielna i nie potrzebuje pomocy. Nieco mniej osób (47%) przyznało, że korzysta z pomocy osób bliskich – w większości jest to krótkotrwałe i dotyczy okresu do zagojenia się krocza czy rany pooperacyjnej oraz przejściowej fazy przygnębienia i zmęczenia. Tylko 3% potrzebuje pomocy z zewnątrz (ryc. 2).

Pierwsze tygodnie laktacji to okres bardzo szczególny. W tym czasie noworodek uczy się prawidłowo ssać i stabilizuje się laktacja. Prawie połowa ankietowanych kobiet (41%) ocenia laktację jako niewystarczającą, co jest równoznaczne z dokarmianiem dzieci sztucznymi mieszankami, a w konsekwencji prowadzi do zaprzestania karmienia piersią. Nie zawsze jest to związane z zaburzeniami laktacji. Wieloletnia obserwacja prowadzona w środowisku pozwala przypuszczać, że główną przyczyną tkwi w psychice matki, która z różnych przyczyn nie chce karmić piersią i szuka powodu, aby przerwać karmienie. Wskaźnik wzmożonej laktacji wynosi 25%. W tej grupie były głównie pierwiastki, które zmagaly się z nawalem pokarmu, gorączką, zastojem, zapaleniem gruczołów piersiowych. Prawidłowy przebieg laktacji odnotowano u 34% ankietowanych (ryc. 3).

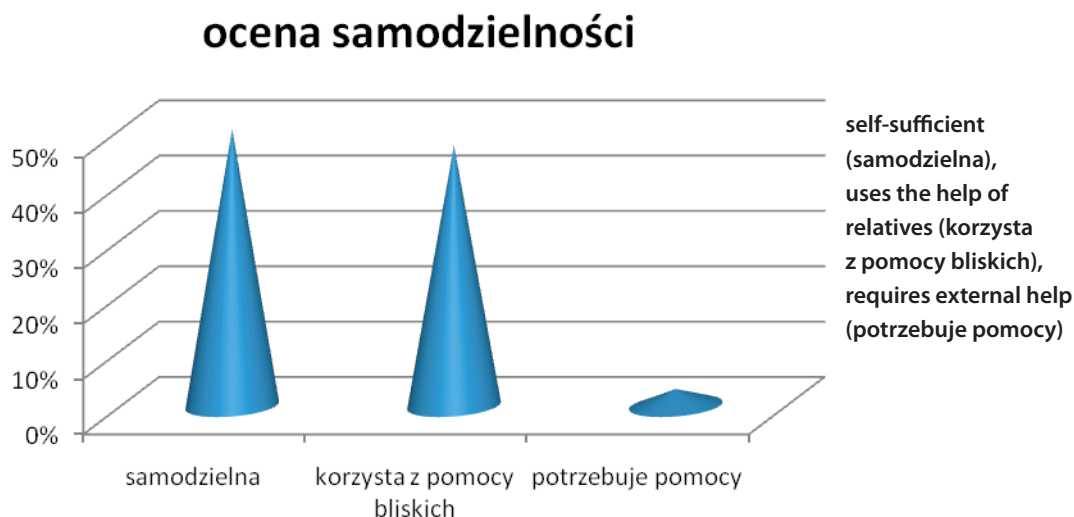
Fig. 1. Well-being after birth

habits, and due to excess of duties. When the placenta is excreted, estrogen and progesterone levels rapidly decrease. Through this “hormonal storm” the mother will once be in euphoria, sometimes will be depressed. This is the time of sensitivity and irritability. In the good frame of mind were 39% of respondents (Fig. 1).

One of the key issues was to determine the range of expected support according to the respondents. Half of the study group concluded that they are completely independent and do not need any help. Slightly fewer (47%) said they use the help of relatives – most of it is short and covers the period to heal a wound or laceration, and transitional phase of depression and fatigue. Only 3% of respondents require external help (Figure 2).

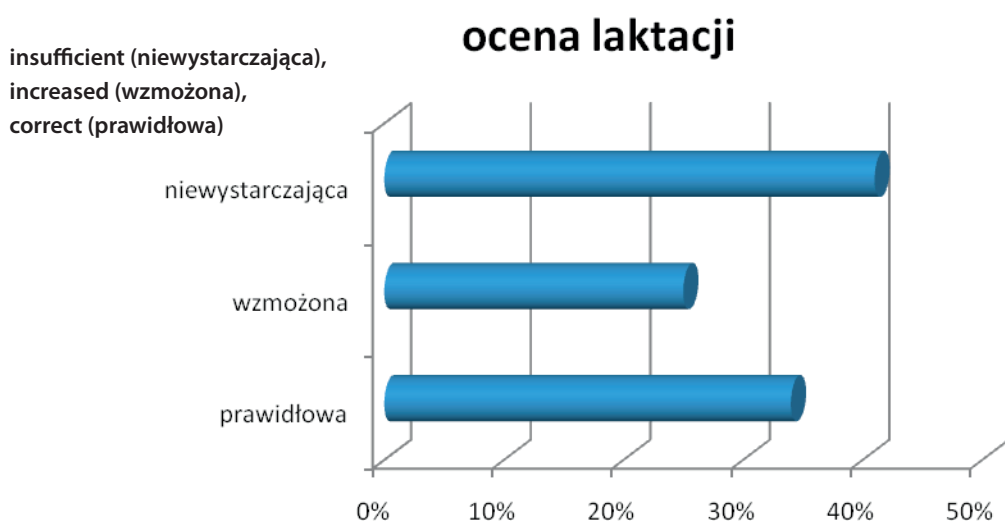
The first weeks of lactation is a very special period. During this time, baby learns to suck properly and stabilize lactation. Almost half of women surveyed (41%) assessed lactation as insufficient, which is tantamount to feeding children with artificial mixtures, and consequently leads to the cessation of breastfeeding. This is not always associated with impaired lactation. Long-term observations carried out in the environment, suggesting that the main reason lies in the psyche of a mother who for various reasons did not want to breastfeed and had been looking for a reason to stop breastfeeding. Ratio in increased lactation is 25%. In this group were mainly the cases, which struggled with the onslaught of food, fever, congestion, inflammation of the mammary glands. Proper course of lactation was observed in 34% of respondents (Fig.3).

Another question that has brought surprising results relates to the status of mammary glands. It turned out that only 57% of respondents had no problems with pectoral glands. Similar numbers (15%, 14% and 14%) reported swelling, redness and pain. Despite the help of books women can't cope alone with the problem and that's when they need a help of midwife (Fig. 4).



Ryc. 2. Ocena samodzielności

Fig. 2. Evaluation of self-sufficiency



Ryc. 3. Ocena przebiegu laktacji

Fig. 3. Evaluation of the course of lactation

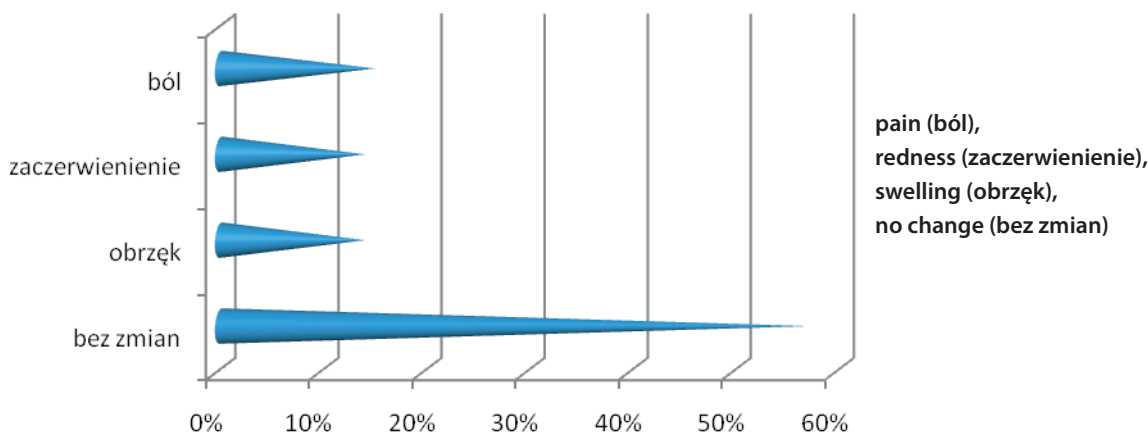
Kolejne pytanie, które przyniosło zaskakujące wyniki, odnosiło się do stanu gruczołów piersiowych. Okazało się, że tylko 57% badanych nie miało problemów z gruczołami piersiowymi. Podobne liczebnie grupy (15%, 14%, i 14%) zgłaszały obrzęk, zaczerwienienie i ból. Mimo pomocy książkowych, kobiety nie potrafią poradzić sobie same z problemem i właśnie wtedy potrzebna jest pomoc położnej środowiskowej (ryc. 4).

Analiza stanu brodawek piersiowych w badanej grupie pozwala stwierdzić, że tylko 21% nie odczuwało dolegliwości. Najczęstszym problemem były poranione (35%) i tkliwe (39%) brodawki. W grupie tej były kobiety, które mimo prawidłowej laktacji miały problemy z umiejętnością przystawienia dziecka do piersi i z odpowiednią pielęgnacją brodawek. Pozwalały one zwykle na przedłużone ssanie, tj. powyżej 20 minut. Innym problemem dla 5% kobiet były trudno chwytne i płaskie brodawki. Takie brodawki

Analysis of the nipples in the study group shows that only 21% felt no disabilities. The most common problem was injured (35%) and sensitive (39%) warts. In this group were women who, despite normal lactation had problems with the art of entering the child to her breast and with appropriate care warts. They usually allow for prolonged sucking, i.e. over 20 minutes. Another problem for 5% of respondents were difficult to grip and flat nipples. These warts often pose problems during feeding. Flat wart does not appear and does not draw under the influence of stimulation or cold, hollow wart – retracts while drawing, and allegedly wart – looks like a wart concave, but after tickle and after pulling out it is easy to grab by the child. A big obstruction and thereby discouraging the mothers to breast-feeding, were hampered by mismatched protective caps (Fig. 5).

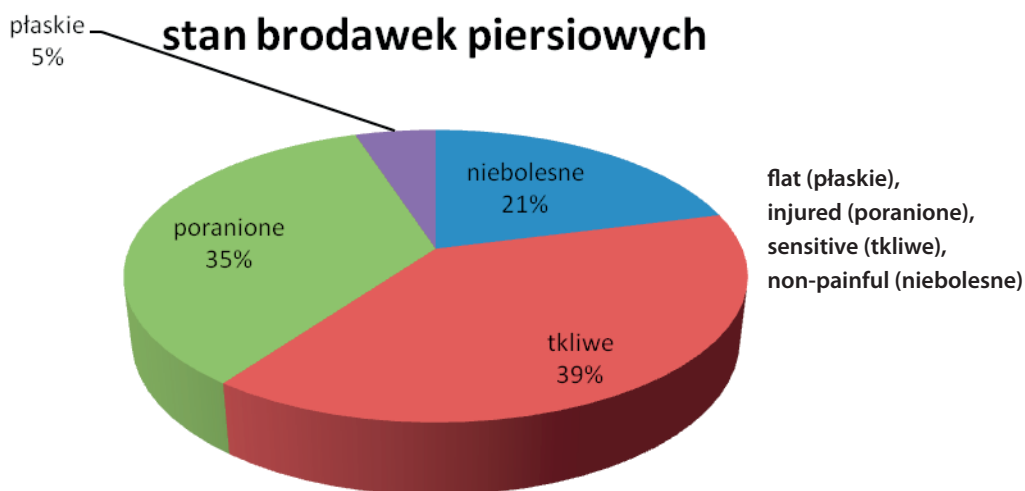
The next graph shows the means of feeding of the newborn. Most babies are fed in a mixed way: mother milk

stan gruczołów piersiowych



Ryc. 4. Stan gruczołów piersiowych

Fig. 4. Status of mammary glands



Ryc. 5. Stan brodawek piersiowych

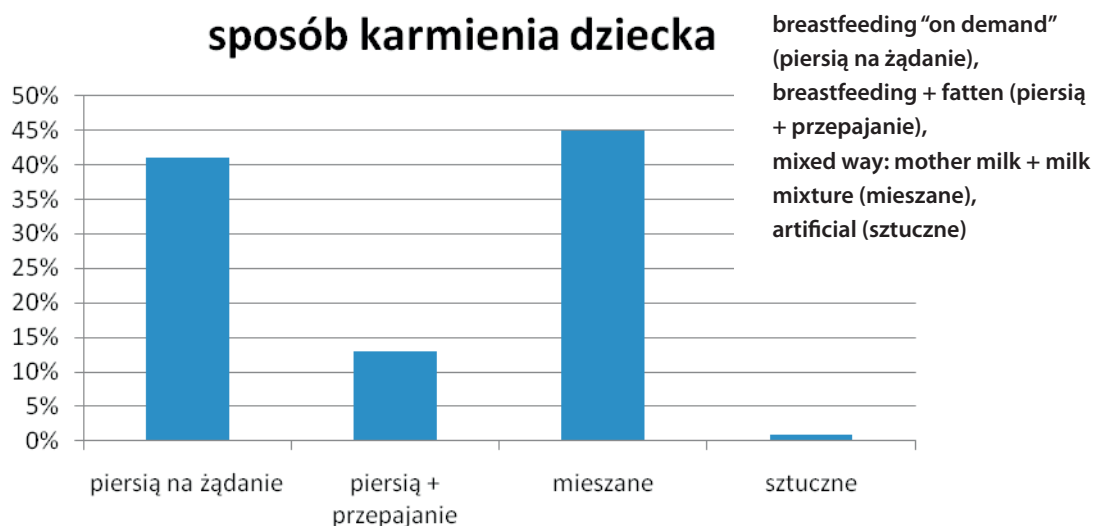
Fig. 5. Status of nipples

stwarzają bardzo często problemy podczas karmienia. Brodawka płaska nie stawia się i nie wyciąga pod wpływem stymulacji lub zimna, brodawka wklęsła – chowa się przy próbie wyciągnięcia, brodawka rzekomo wklęsła wygląda jak brodawka wklęsła, ale po łaskotaniu i po wyciągnięciu jest do uchwycenia przez dziecko. Utrudnieniem były nieodpasowane kapturki ochronne i tym samym zniechęcenie matek do karmienia piersią (ryc. 5).

Kolejny wykres przedstawia sposoby karmienia noworodka. Najwięcej dzieci karmionych jest w sposób mieszany, tzn. mleko mamy + mieszanka mleczna (45%). Jeśli chodzi o częstość dokarmienia, część ankietowanych zakresliła, że dokarmia 2 razy dziennie, a inne deklarowały, że dokarmiają 3–4 razy dziennie, czyli karmią naprzemiennie. To z tej grupy matki najczęściej i najszybciej rezygnują z karmienia piersią. Na drugim

+ milk mixture (45%). As for the frequency of nourishing by the respondents, they nourished 2 times a day, while others declared that they nourished 3–4 times a day, which is alternative feeding. It is this group from which mothers frequently and quickly give up breastfeeding. In second place was the breastfeeding “on demand” - 41% of respondents. It must be admitted that the rate is actually very low, despite the fact that breastfeeding is the most appropriate way of nutrition. The lowest rate (1%) had artificial feeding. As one can see from the studies, again the role of the midwife is essential, it is much to be done to encourage breastfeeding and lead an effective health education (Fig. 6).

During the study there has been assessed the mechanism of sucking the breast. It turned out that most babies can't suck properly: the mouth is half-closed and only the nipple is in the child's mouth, lower lip is pulled



Ryc. 6. Sposób karmienia dziecka

miejscu znalazło się karmienie piersią „na żądanie” – 41% ankietowanych. Trzeba przyznać, że w grupie badanej ten wskaźnik jest rzeczywiście bardzo niski, pomimo faktu, że karmienie piersią jest najbardziej prawidłowym sposobem żywienia. Najmniejszy wskaźnik (1%) miał sztuczny sposób karmienia. Jak widać z przeprowadzonych badań, i tu rola położnej środowiskowej jest nieodzowna, jest dużo do zrobienia, aby zachęcić do karmienia piersią i prowadzić skuteczną edukację zdrowotną (ryc. 6).

Podczas badań poddano ocenie mechanizm ssania piersi. Okazało się, że większość noworodków nie potrafi prawidłowo ssać: ma przyknięte usta i tylko brodawka znajduje się w buzi dziecka, dolna warga wciągnięta do środka, język dziecka niewidoczny, cofnięty, policzki podczas ssania ulegają wciągnięciu, ssanie jest chaotyczne, szybkie, słyszalne jest cmokanie, ssanie jest bolesne dla matki. Taka sytuacja występuje w 61% przypadków. Prawidłowe ssanie: usta dziecka są szeroko otwarte i chwytają dużo piersi, dolna warga jest wywinięta na zewnątrz, policzki dziecka są zaokrąglone, język obejmuje pierś od dołu, ruchy ssania są wolne, głębokie, rytmiczne, słyszalne jest połykanie pokarmu – pojawiło się tylko u 39% badanych. Rola położnej polega na określeniu czy ssanie jest prawidłowe, czy nie. W przypadku nieprawidłowego ssania obowiązuje nauka prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i obserwacja efektywności karmienia (ryc. 7).

Zaprezentowane powyżej problemy okresu połogowego zostały wyłonione z grupy jako te, które pojawiają się najczęściej. Położna środowiskowo-rodzinna musi umieć przede wszystkim je rozpoznać, by następnie podjąć próby ich skutecznego rozwiązania. Praca w środowisku jest bardzo różnorodna i trudna. Nie ma określonego schematu, bo każdy przypadek jest inny i wymaga indywidualnego podejścia w rozwiązaniu danego problemu. Matki wychodzą ze szpitala w drugiej – czwar-

Fig. 6. Feeding a child

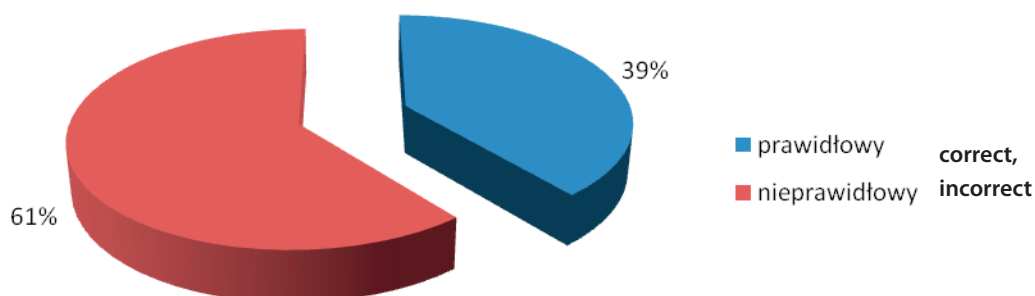
to the center, the tongue of the child is invisible, receding, while the cheeks are falling while sucking, sucking is chaotic, fast, one can hear the smacking, and this sucking is painful for the mother. This situation occurs in 61% of cases. Proper sucking: child mouth is wide open and grab a lot of the breast, lower lip is curled out, baby cheeks are rounded, the tongue covers the breast from the bottom, sucking movements are slow, deep, rhythmic, you hear the ingestion of food - appeared only in 39% of respondents. The role of the midwife is to determine whether the choking is correct or not. If there is a problem, then learning of the proper sucking and observation of effective breastfeeding is required (Fig. 7).

Presented above problems during puerperium period were selected from the group as those that appear most frequently. Family-midwife must be able to first recognize them, to be able to undertake an effective solution. Work environment is very diverse and difficult. There is no a certain pattern, because each case is different and requires an individual approach in solving the problem. Mothers leave the hospital in the second-fourth day after birth and, unfortunately, a whole range of issues must be resolved in the home environment. What matters is the experience and knowledge of midwife, but also the time she spends within a ward.

Discussion

The above results illustrate piece of work of family-midwife and problems she might face. It should be kept in mind that under the care of a midwife come women often prepared for childbirth and postpartum in the schools of childbirth, and also educated in the obstetric–newborn ward. The problems which arise in childbirth are often a consequence of lack of education during pregnancy. For this reason, it is worth quoting several sources of analyzing of these issues.

mechanizm ssania piersi



Ryc. 7. Mechanizm ssania piersi

tej dobie po porodzie i niestety cała gama problemów musi być rozwiązana w środowisku domowym. Liczy się więc doświadczenie i wiedza położnej środowiskowej, ale również czas, jaki poświęca podopiecznej.

Dyskusja

Zaprezentowane wyniki badań własnych obrazują fragment pracy położnej rodzinnej i problemy dostępne jej obserwacji. Trzeba pamiętać, że pod opiekę położnej rodzinnej trafiają kobiety często przygotowywane do porodu i położu w szkołach rodzenia, edukowane następnie w oddziale położniczo-noworodkowym. To, jakie problemy pojawiają się w położu, jest często konsekwencją niedostatku edukacji w czasie ciąży. Z tego powodu warto przytoczyć kilka źródeł analizujących te zagadnienia.

Badania Cierpki i wsp. przeprowadzone wśród 103 położnic hospitalizowanych w Oddziale Położniczym Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni obrazują stosunek kobiet do karmienia piersią na początku macierzyńskich doświadczeń. Większość badanych (86,27%) uważa karmienie piersią za swoją naturalną potrzebę. Prawie wszystkie (96,08%) zgadzają się ze stwierdzeniem, że karmienie naturalne umacnia więź z dzieckiem. Dodatkowo zdecydowana większość kobiet wie, jak postępować w najczęściej występujących problemach laktacyjnych, takich jak: przepełnienie piersi, niedobór pokarmu, pępkane i bolące brodawki czy zastój pokarmu [5].

Porównywalne wyniki uzyskała Gebuza i wsp. w pracy dotyczącej przygotowania kobiet do karmienia piersią [6].

Powyższy obraz zmienia się w sytuacji, gdy młode matki trafiają do środowiska domowego, gdzie muszą zmierzyć się samodzielnie z rzeczywistością. Problemy pojawiające się w przebiegu położu często przerastają ich możliwości. W prezentowanych badaniach własnych okazało się, że blisko połowa respondentek korzysta z

Fig. 7. The mechanism of sucking the breast

Research of Cierpka and colleagues conducted among 103 women hospitalized in the Maternity Ward of the Marine Hospital, PCK in Gdynia show relation of women to breastfeeding in the early maternal experience. Most respondents (86.27%) believe that breast-feeding is their natural need. Almost all (96.08%) agree with the statement that breastfeeding strengthens the bondage with the child. In addition, the vast majority of women know how to deal with the most common breastfeeding problems, such as breast overflow, the shortage of food, cracked and sore nipples and milk stasis [5].

Comparable results were obtained by Gebuza and colleagues at work on preparation of women to breastfeeding. [6]

This picture changes when a young mother go to the home environment, where they must confront themselves with reality. Problems arising in the course of confinement can overwhelm their capabilities. In our study, it turned out that nearly half of the respondents were assisted by relatives in resolving current problems.

Research of Cierpki et al have confirmed that women know only some of the exponents of the proper mechanism of sucking the breast. Knowledge of these ratios vary from 31% (unsubsidence of the cheeks) to 91% (a large part of the areola in a mouth of a child) [5].

This explains somewhat numerous problems related to the suckling mechanism found in our own studies - only 21% of respondents had no complaints regarding the nipples. Others were suffering either of injury (35%) or sensitivity (39%). This is an obvious link with abnormal sucking mechanism. Observations carried out during the collection of data showed that in 61% of patients we are dealing with abnormal sucking mechanism.

In studies by Cierpki et al nearly 100% of respondents favor a natural milk, and 68% know that the child should be fed only with breast milk for 6 months [5]. In our study,

pomocy bliskich podczas rozwiązywania bieżących problemów.

Badania Cierpki i wsp. pozwoliły na stwierdzenie, że kobiety znają tylko niektóre wykładniki prawidłowego mechanizmu ssania piersi. Wiedza na temat tych wskaźników waha się od 31% (niezapadanie się policzków) do 91% (duża część otoczki w buzi dziecka) [5].

Wyjaśnia to poniekąd liczne problemy związane z niewłaściwym mechanizmem ssania piersi stwierdzone w materiale własnym – tylko 21% badanych nie miało żadnych dolegliwości ze strony brodawek. Pozostałe podawały bądź poranienie (35%) bądź tkliwość (39%). Ma to oczywisty związek z nieprawidłowym mechanizmem ssania. Obserwacje prowadzone w czasie gromadzenia danych pozwoliły na stwierdzenie, że w przypadku 61% badanych mamy do czynienia z nieprawidłowym mechanizmem ssania.

W badaniach Cierpki i wsp. blisko 100% respondentek przyznaje pierwszeństwo pokarmowi naturalnemu, a 68% wie, że dziecko powinno być karmione wyłącznie mlekiem matki przez 6 miesięcy [5]. W badaniach własnych tylko 41% badanej grupy karmi piersią w sposób ekologiczny, pozostałe dopajają (13%) i karmią w sposób mieszany (45%). W praktyce te dwie ostatnie formy karmienia kończą się przejściem na pokarm sztuczny.

Co przyczynia się do faktu, że prawie 20% pomimo posiadanej wiedzy rezygnuje z karmienia naturalnego? Jakie działania mogłyby temu zapobiec? „Diagnoza początkowa” potwierdza gotowość kobiet do przyjęcia modelu karmienia naturalnego (badania Cierpki) [5]. „Diagnoza końcowa” uwidacznia potrzebę rzeczowego wsparcia ze strony położnej rodzinnej i utwierdzenie matki w jej kompetencjach i możliwościach „wykarmienia” dziecka własną piersią (badania własne).

Problem ograniczeń i rezygnacji z karmienia piersią porusza praca Mahon-Daly i Andrews [7]. Badania auterek dowodzą, że wśród przyczyn ograniczających karmienie można wymienić krępujące dla kobiet okoliczności publicznego karmienia oraz niechęć kobiet do modyfikowania swoich zachowań i przyzwyczajzeń.

Rolę wsparcia w tym okresie potwierdza analiza doniesień z literatury zawarta w pracy Meedy, Fahy i Kable [8]. Autorzy podjęli próbę wskazania czynników modyfikujących pozytywnie czas trwania karmienia piersią. Celem pracy było ustalenie, jakiego rodzaju interwencje położnicze mają zastosowanie w rozwiązaniu tego problemu. Stwierdzono, że czynnikami, które mają największy wpływ na czas trwania karmienia piersią są intencje, zamiary i decyzje samej kobiety oraz skuteczność wsparcia, które w tym czasie otrzymują.

Potrzebę wsparcia można również wywnioskować z badań własnych: większość kobiet odczuwa w okresie połogu zmęczenie (49%) i przygnębienie (12%). Wsparcie w tym przypadku powinno mieć wymiar rzeczowy (wyręczanie w obowiązkach) i emocjonalny (zrozumienie i

only 41% of the respondents were breast-feeding in an environmentally sound manner, the other fatten (13%) and fed with a mixed manner (45%). In practice, the last two forms of feeding ends out with a passage on an artificial food.

What contributes to the fact that almost 20% despite their knowledge give up breast feeding? What action could prevent it? “Initial diagnosis” confirms the willingness of women to adopt a model of breast feeding (research of Cierpki) [5]. “Final Diagnosis” highlights the need for tangible support from family-midwife and assertion of mother about her competence and capabilities of “breastfeeding” her baby (own research).

The problem regarding constraints and the resignation of breast-feeding covers research of Mahon-Daly and Andrews [7]. The authors shown that among the causes, which restrict feeding include embarrassment during public breastfeeding and the reluctance of women to modify their behavior and habits.

The role of support in this period confirms the analysis reported in the literature including the work of Meedy, Fahy and Kable. [8] The authors attempted to identify positive predictors on a duration of breastfeeding. The aim of this study was to determine what type of obstetric interventions are applicable in solving this problem. It was found that the factors that have the greatest impact on the duration of breastfeeding are intentions, plans and decisions of a women and the effectiveness of support they receive at this time.

The need for support can also be inferred from our studies: most women experience fatigue during the postpartum period (49%) and depression (12%). Support in this case should have a physical dimension (help in the duties) and emotional (understanding and forbearance). On the part of mothers is a great expectation for support - more than half of the respondents (57%) complained about the lack of time for herself.

A detailed analysis of support for mothers during breast-feeding presents Nelson [9]. The results of the qualitative research suggest that the success of breastfeeding depends on the personal involvement of the mother, adaptation and support of the environment. Support from professionals must take into account the mother's individual capacities, the level of her comfort, difficulties and her will to make changes in her life together with breastfeeding.

The problem of support in breastfeeding in relation to the experiences of women and midwives were studied by Bäckström, Wahn and Ekström [10]. Based on qualitative research conducted by interview, they had found that if the midwives paid attention to the individual needs of women, their actions were effective and highly valued by women. Lack of individualized care for women caused a sense of uncertainty and confusion.

The family-midwife performs a family care plan during her visits. She supervises the social conditions of

wyrozumiałość). Ze strony matek jest wielkie oczekiwanie na wsparcie – ponad połowa badanej grupy (57%) skarży się na brak czasu dla siebie.

Szczegółową analizę wsparcia matek w okresie karmienia piersią prezentuje Nelson [9]. Wyniki jej badań jakościowych wskazują, że powodzenie w karmieniu piersią jest uzależnione od osobistego zaangażowania matki, adaptacji i wsparcia ze strony środowiska. Wsparcie ze strony profesjonalistów musi uwzględniać indywidualne zdolności matki, poziom jej komfortu, trudności i wolę dokonywania zmian w życiu w związku z karmieniem piersią.

Problem wsparcia w karmieniu piersią w odniesieniu do doświadczeń kobiet i położnych badali Bäckström, Wahn i Ekström [10]. Opierając się na badaniach jakościowych przeprowadzonych techniką wywiadu stwierdzili, że w przypadku, gdy położne zwracały uwagę na indywidualne potrzeby kobiet, ich działania były skuteczne i dobrze oceniane przez kobiety. Brak indywidualizacji opieki powodował wśród kobiet poczucie niepewności i zagubienia.

Położna rodzinna realizuje plan opieki nad rodziną podczas wizyt patronażowych. Nadzoruje warunki socjalne rodziny, stan zdrowia matki i dziecka, relacje w rodzinie. W badanej grupie najwięcej problemów dotyczyło procesu laktacji. Ciekawe rozwiązanie w zakresie monitorowania efektywności karmienia piersią i jej oceny przez położne w środowisku domowym przedstawiają Creedy, Cantrill i Cooke [11]. W badaniu wykorzystano dwa narzędzia: *Newborn Feeding Ability (NFA) questionnaire* i *Breastfeeding Initiation Practices (BIP)*. Zbadano grupę 3500 matek z dziećmi. Stwierdzono, że ocena efektywności laktacji w oparciu o zastosowane narzędzia może przyczynić się do rozwoju praktyki. Postawiona diagnoza pozwoli na sformułowanie deficytów praktyki w tym zakresie. Dodatkowo możliwa jest identyfikacja indywidualnych potrzeb i ocena skuteczności interwencji edukacyjnych.

Zastosowanie podobnego narzędzia w praktyce położnej rodzinnej w naszych warunkach z pewnością pozwoliłoby w sposób rzetelny na rozpoznanie problemów laktacyjnych, a w dalszej kolejności zapobieganie im.

Wnioski

1. Najczęstsze problemy okresu połogowego dotyczą procesu laktacji.
2. Pomimo edukacji przedporodowej i wsparcia w czasie wizyt patronażowych wciąż zbyt mało kobiet karmi piersią w sposób ekologiczny.
3. Położna środowiskowo-rodzinna jest pierwszą osobą, która jest w stanie, w czasie wizyt patronażowych, rozpoznać problemy zdrowotne matki i dziecka, zaplanować, wdrożyć i ocenić sposoby ich rozwiązania.

the family, health state of mother and child and family relationships. In the respondents group, the majority of problems concerned the process of lactation. An interesting solution to monitor the effectiveness of breastfeeding and its assessment by midwives in the home environment showed Creedy, Cantrill and Cooke [11]. The study used two tools: the Newborn Feeding Ability (NFA) questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices (BIP). It has been examined a group of 3500 mothers with children. It was found that the assessment of effectiveness of lactation, based on the tools used, may contribute to the development of the practice. The diagnosis will allow identification of practice deficits in this area. In addition, it is possible to identify individual needs and assess the effectiveness of educational interventions.

Using a similar tool in the practice of family-midwife in our conditions, will allow in a fair way to recognize the problems of breastfeeding and later to prevent them.

Conclusions

1. The most common problems related to the puerperium period concerns lactation.
2. Although antenatal education and support at the time of visits, there is still too few women breast-feeding in an environmentally sound manner.
3. Family-midwife is the first person who is able, at the time of visits, to recognize health problems of mother and child, and to plan, implement and evaluate their solutions.

Piśmiennictwo / References

1. Bręborowicz G (red.). *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006;419
2. Łepecka-Klusek C (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003;195
3. Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G (red.). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009;204–205
4. <http://www.izbapiel.org.pl>, (18.03.2011)
5. Cierpka A, Żuralska R, Olszewski J, Gaworska-Krzemińska A. *Wiedza położnic na temat karmienia piersią*. Prob. Piel. 2007;15:2–3:172–174
6. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak M, Michalska E, Kotzbach R. *Przygotowanie kobiet do karmienia piersią*. Prob. Piel. 2010;18:4:410
7. Mahon-Daly P, Andrews GJ. *Liminality and breastfeeding: women negotiating space and two bodies*. Health & Place 2002;8:2:61–67.
8. Meedya S, Fahy K, Kable A. *Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review*. Women and Birth 2010;23:4:135–145.
9. Nelson AM. *A Metasynthesis of Qualitative Breastfeeding*. Studies Journal of Midwifery & Women's Health 2006;51: 2:13–20.
10. Bäckström CA, Wahn EI, Ekström AC. *Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives*. Int Breastfeed J. 2010;29:5–20.
11. Creedy DK, Cantrill RM, Cooke M. *Assessing midwives' breastfeeding knowledge: properties of the Newborn Feeding Ability questionnaire and Breastfeeding Initiation Practices scale*. Int Breastfeed J. 2008;30:3–7.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Grażyna Bączek

Wydział Nauk o Zdrowiu WUM

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa

e-mail: wnoz@wum.edu.pl