

Nela Aleksandra Kameduła^{1,2}, Grażyna Bączek¹, Ewa Dmoch-Gajzlerska¹, Monika Żukowska-Rubik³

¹Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie

²Szpital Bielański w Warszawie

³Centrum Medyczne „Żelazna”, Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie

Wybrane wskaźniki opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim w warszawskich szpitalach

Selected aspects of the lactation care after cesarean section in various hospitals situated in Warsaw

STRESZCZENIE

Wstęp. Karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. Sposób ukończenia ciąży nie powinien mieć wpływu na powodzenie w karmieniu naturalnym, zwłaszcza że odsetek cięć cesarskich stale wzrasta.

Cel pracy. Celem głównym jest ocena realizacji zaleceń dotyczących opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim w warszawskich szpitalach.

Materiał i metody. Badaniem objęto 256 kobiet, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy urodziły dziecko w jednym z warszawskich szpitali, nie wcześniej jednak niż w 37. tygodniu ciąży.

Wyniki. Na bloku operacyjnym 45,8% respondentek miało z dzieckiem kontakt skóra do skóry. Większość z nich mogła przystawić dziecko do piersi podczas pierwszego kontaktu, w czym pomagał im personel. Ponad 50% noworodków dokarmiano sztucznym pokarmem, który najczęściej podawano butelką. Większość respondentek nie otrzymała instruktażu w zakresie przybierania odpowiednich pozycji do karmienia piersią, odciągania pokarmu oraz jego przechowywania.

Wnioski. Największe uchybienia w zakresie realizacji opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim występują w warszawskich szpitalach klinicznych oraz szpitalach III stopnia referencyjności. Wysoki poziom realizacji tych zaleceń występuje w warszawskim ośrodku I stopnia referencyjności. W warszawskich Szpitalach Przyjaznych Dziecku (SPD) obserwuje się lepszą realizację niektórych zaleceń niż w innych placówkach, jednak różnice pomiędzy placówkami legitymującymi się tytułem SPD a placówkami bez tego tytułu są niewielkie.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 239–244

Słowa kluczowe: karmienie piersią; cięcie cesarskie; laktacja; problemy laktacyjne

ABSTRACT

Introduction. Breastfeeding is the best way to feed newborns and infants. A success in natural feeding should not be hindered by the way how a child was delivered, especially because a share of cesarean sections have been raising nowadays.

Objective. The main aim of this study is to assess how the lactation care recommendations have been implemented in various hospitals situated in Warsaw. Material and method. The research covered 256 women who, for the last 6 months, have underwent cesarean section in one of the hospitals under study, but not sooner than in the thirty seventh week of gestation.

Results. 45,8% of the women had skin to skin contact with their newborns in the operating theatre. Majority of the women initiated breastfeeding during the first contact, assisted by the medical staff. More than 50% of newborns were given formula milk, usually from the bottle. Majority of the women were not given instructions about a proper breastfeeding position, breast milk expression and storage.

Adres do korespondencji: dr n. o zdr. Justyna Kamińska, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk, tel./faks +48 58 349 19 68, e-mail: jkamińska@gumed.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0040

Conclusions. Failures in implementing the recommendations most often occur in the clinical hospitals and the hospitals holding the 3rd degree of reference. The highest level of the recommendations implementation occurred in the hospitals holding the 1st degree of reference. Baby Friendly Hospitals (BFH) were distinguished by a higher level of implementing some lactation care standards, however the difference between them and the hospitals without BFH certificate were inconsiderable.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4): 240–244

Key words: breast feeding; cesarean section; lactation; lactation disorders

Wstęp

W 1996 roku Mikiel-Kostyra opisała najbardziej znaczące bariery, które upośledzają karmienie piersią wśród polskich matek. Jako jedną z barier określiła cięcie cesarskie, w wyniku którego dzieci często są oddzielane od swoich matek i pozbawiane kontaktu skóra do skóry, rzadziej natomiast niż dzieci urodzone drogami natury są karmione wyłącznie piersią [1, 2]. Od publikacji pracy minęło ponad 20 lat. Świadomość korzyści płynących z karmienia piersią mają nie tylko przedstawiciele personelu medycznego, ale również matki [3]. Światowe autorytety przedstawiły wyraźne zalecenia, w których jednoznacznie określają karmienie piersią jako najlepszy sposób żywienia noworodków i niemowląt, do którego należy dążyć [3, 4], a w konsekwencji sposób ukończenia ciąży nie powinien decydować o powodzeniu karmienia naturalnego. Jest to tym bardziej oczywiste, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, iż odsetek wykonywanych cięć cesarskich znacznie wzrósł [5].

W 2012 roku wprowadzono Standard Opieki Okołoporodowej, który ostatecznie zobligował członków personelu medycznego do realizacji 10 kroków do udanego karmienia piersią [6, 7]. Wydawać by się mogło, że działania te prowadzą do zniesienia barier w karmieniu piersią, jakie pociąga za sobą cięcie cesarskie. Badania pokazują jednak, że tak się nie stało [7–10].

Cel pracy

Celem głównym badania jest ocena realizacji zaleceń dotyczących opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim w warszawskich szpitalach. Cel szczegółowy stanowi porównanie uzyskanych wyników w odniesieniu do stopnia referencyjności szpitala, posiadania przez niego profilu klinicznego oraz tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku (SPD).

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od października 2016 roku do marca 2017 roku z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Za narzędzie badawcze posłużył samodzielnie skonstruowany anonimowy kwestionariusz ankiety zawierający 37 pytań dotyczących opieki sprawowanej nad kobietą i dzieckiem po cięciu cesarskim, ze szczególnym uwzględnieniem opieki laktacyjnej.

Przebadano 256 kobiet, które w okresie ostatnich 6 miesięcy urodziły dziecko w wyniku cięcia cesarskiego w jednym z warszawskich szpitali, nie wcześniej jednak niż w 37. tygodniu ciąży. Ankiety wypełniały pacjentki przebywające na oddziałach położniczo-noworodkowych szpitali. Kryterium doboru ośrodków stanowiła możliwość uzyskania zgody dyrekcji na prowadzenie badań. Równolegle udostępniano kwestionariusze elektroniczne o tej samej treści. Wypełniały je internautki, członkinie grup na portalu społecznościowym zraszających matki po cięciu cesarskim. Wszystkie badane udzieliły świadomej zgody na udział w badaniu. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Microsoft Office Excel. Metoda statystyczna obejmowała test chi kwadrat. Za poziom istotności przyjęto $\alpha < 0,05$, $p < \alpha$.

Aby stwierdzić, czy występuje korelacja między poszczególnymi zmiennymi, wykorzystano korelację r-Pearsona. Z kolei test t-Studenta wykorzystano w celu zbadania istotności korelacji. Za poziom istotności przyjęto $\alpha < 0,05$, natomiast hipoteza zerowa o braku korelacji między zmiennymi zostanie odrzucona, gdy $p_1 < \alpha$.

Wyniki

Pierwsze pytanie dotyczyło tego, jak wyglądał kontakt matki i dziecka na bloku operacyjnym; 45,8% respondentek stwierdziło, iż miało z dzieckiem kontakt skóra do skóry (odpowiedź 3); 32,8% pokazało dziecko (odpowiedź 1), zaś w przypadku 21,4% respondentek od razu zabrano noworodka do kącika noworodkowego, uprzednio nie pokazując go matce (odpowiedź 2) (ryc. 1).

Stwierdzono, iż kontakt skóra do skóry istotnie częściej był inicjowany w szpitalach I stopnia referencyjności niż w pozostałych placówkach. Wykazano także, iż istnieją istotne statystycznie różnice między szpitalami klinicznymi i nieklinicznymi ($p < 0,05$, $p_1 = 0,04$). W szpitalach klinicznych na bloku operacyjnym rzadziej zapewniano matce i dziecku kontakt zgodny ze światowymi wytycznymi. Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie różnic między szpitalami z tytułem Szpitala Przyjaznego Dziecku i szpitalami bez tego tytułu.

Przeanalizowano związek między uzyskaną przez noworodka punktacją w skali Apgar a zainicjowaniem

kontaktu skóra do skóry na bloku operacyjnym. Prawdopodobieństwo $P_1 = 0,377$ jest większe od przyjętego poziomu istotności ($\alpha = 0,05$). Wynik ten wskazuje na brak dostatecznej istotności dla korelacji między uzyskaną przez noworodka punktacją w skali Apgar a zainicjowaniem kontaktu skóra do skóry na bloku operacyjnym (tab. 1)

Badane kobiety (85,1%) potwierdziły, iż personel udzielił im pomocy w przystawieniu dziecka do piersi podczas pierwszego kontaktu. Zaprzeczyło temu 12,9% respondentek, a 2% nie przypomina sobie tej sytuacji (ryc. 2) W szpitalach klinicznych matki znacznie częściej nie otrzymywały pomocy w pierwszym karmieniu ze strony personelu. Różnice te są istotne statystycznie ($p < 0,05$, $p_1 = 0,034$).

Respondentki (51,9%) stwierdziły, że ich dzieci podczas pobytu w szpitalu dokarmiano sztucznym pokarmem (ryc. 3). Wykazano, iż występują istotne statystycznie różnice między częstością dokarmiania noworodków w szpitalach różnych stopni referencyjności ($p < 0,05$, $p_1 = 0,018$). W szpitalu I stopnia referencyjności najrzadziej występowała potrzeba dokarmiania noworodków sztucznym pokarmem. W szpitalach III stopnia referencyjności najczęściej dokarmiano noworodki z powodu stwierdzonego przez personel niedoboru pokarmu. Respondentkom zadano pytanie, w jaki sposób został podany ich dzieciom sztuczny pokarm. Ponad połowa dzieci (51,5%) otrzymywała sztuczny pokarm z butelki; 12,7% pokarm podawano strzykawką, 8% — sondą, a 0,4% — kubeczkim (ryc. 4). Występują istotne statystycznie różnice między wykorzystaniem różnych metod dokarmiania noworodków w różnych typach ośrodków ($p < 0,05$, $p_1 = 0,001$). Butelkę istotnie częściej stosowano w szpitalach bez tytułu SPD (59,9%), rzadziej zaś w Szpitalach Przyjaznych Dziecku (37,9%), ($p < 0,05$, $p_1 = 0,001$).

Respondentki zapytane, czy personel sam wyszedł z inicjatywą pokazania im pozycji do karmienia piersią

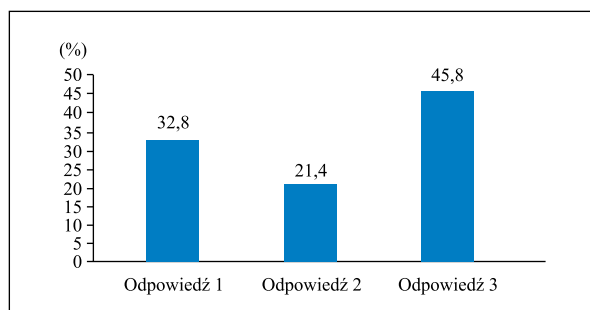
dla matek po cięciu cesarskim, w 57,7% odpowiedziały przecząco. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 33,9%, zaś 8,5% nie pamięta, czy wystąpiła taka sytuacja. W szpitalach klinicznych instruktaż w zakresie przybierania odpowiednich pozycji do karmienia istotnie częściej był zaniedbywany ($p < 0,05$, $p_1 = 0,003$). Personel ośrodka I stopnia referencyjności najczęściej pokazywał respondentkom pozycje do karmienia piersią po cięciu cesarskim z własnej inicjatywy. Najrzadziej zaś personel szpitali III stopnia referencyjności ($p < 0,05$, $p_1 = 0,047$).

Pytanie przedostatnie dotyczyło znalezienia się przez respondentki w trudnej sytuacji, która mogła wymagać stymulacji laktacji. Spośród kobiet, które znalazły się w takiej sytuacji, 70,7% zalecono odciąganie pokarmu laktatorem (ryc. 5). Zaledwie 34,5% respondentek zadeklarowało jednak, iż dokładnie poinstruowano je, w jaki sposób należy odciągać pokarm; 63% badanych kobiet nie otrzymało takiej informacji (ryc. 6). Aż 73,1% respondentek stwierdziło, że personel nie poinformował ich dokładnie o tym, jak prawidłowo przechowywać odciągnięty pokarm. Informację taką otrzymało 21% badanych (ryc. 7).

Tabela 1. Korelacja między uzyskaną punktacją w skali Apgar a zainicjowaniem kontaktu skóra do skóry na bloku operacyjnym

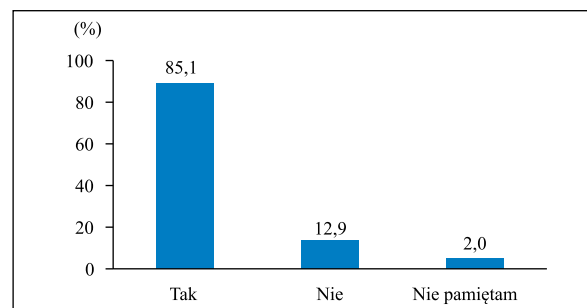
Table 1. Correlation between Apgar scores and initiation of skin to skin contact in the operating theatre

	Blok operacyjny — kontakt skóra do skóry
Punkcja Apgar	N = 256
	Współczynnik korelacji liniowej Pearsona = 0,055
	$\alpha = 0,05$
	$P_1 = 0,377$



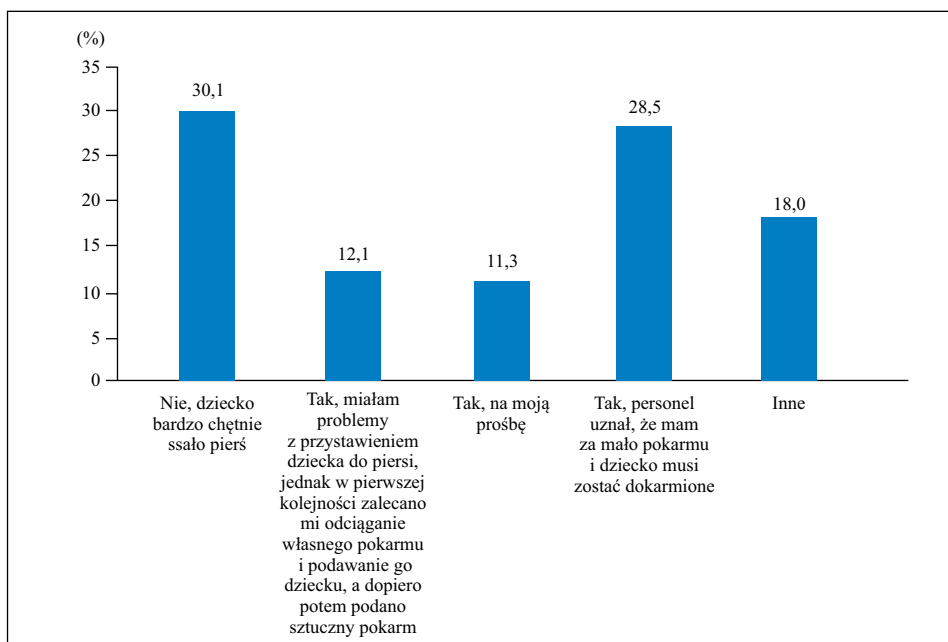
Rycina 1. Odpowiedzi na pytanie: Jak wyglądał Pani kontakt z dzieckiem na bloku operacyjnym? (n = 256)

Figure 1. Answers for question about first contact in the operating theatre (n = 256)



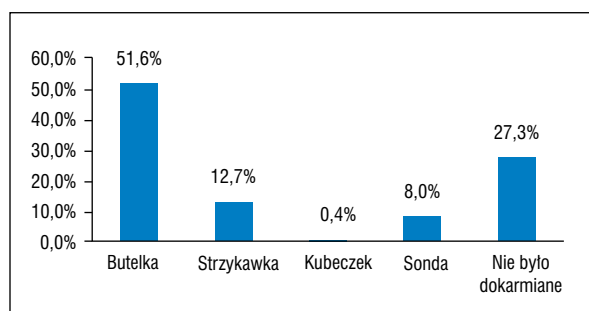
Rycina 2. Odpowiedzi na pytanie: Czy członkowie personelu medycznego pomagali w przystawianiu dziecka do piersi podczas pierwszego kontaktu? (n = 256)

Figure 2. Answers for question: Did you receive help from medical staff during your first breastfeeding? (n = 256)



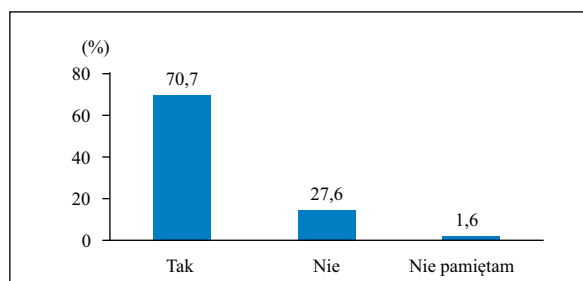
Rycina 3. Odpowiedzi na pytanie: Czy dziecko było dokarmiane sztucznym pokarmem? (n = 256)

Figure 3. Answers for question: Was your baby fed supplementary? (n = 256)



Rycina 4. Odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób dziecku został podany sztuczny pokarm? (n = 256)

Figure 4. Answers for question about methods of supplementary feeding techniques (n = 256)

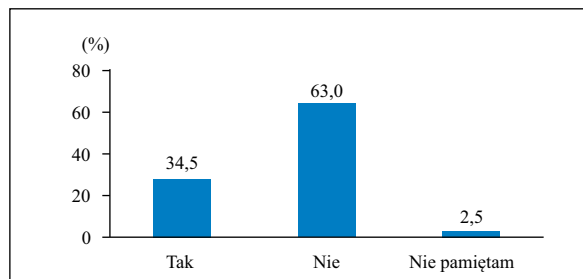


Rycina 5. Stosunek do stwierdzenia: Zalecono mi odciąganie pokarmu laktatorem (n = 123)

Figure 5. Attitudes to statement: I was recommended to use breast pump (n = 123)

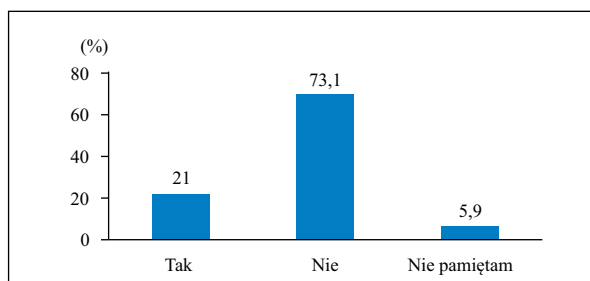
Dyskusja

Wyłącznie karmienie piersią jest najlepszą metodą żywienia noworodków i niemowląt do 6. miesiąca życia [3, 4]. Cięcie cesarskie już wiele lat temu zostało określone jako bariera w karmieniu piersią [1]. Liberalizacja wskazań do tej operacji sprawia, iż przeważająca część pacjentek po porodzie operacyjnym to zdrowe kobiety, które chcą i mogą karmić piersią. Niezmiernie ważne jest zatem stworzenie optymalnych warunków, aby laktacja mogła rozwijać się prawidłowo, w sposób jak najmniej odbiegający od fizjologii. Badacze zajmujący się problemami karmienia naturalnego już dawno ustalili, iż czynnikiem, który wywiera największy wpływ na przebieg



Rycina 6. Stosunek do stwierdzenia: Zostałam dokładnie poinstruowana, w jaki sposób powinnam odciągać pokarm (n = 119)

Figure 6. Attitudes to statement: I was comprehensively instructed on the use of the breast pump (n = 119)



Rycina 7. Stosunek do stwierdzenia: Zostałam dokładnie poinformowana, w jaki sposób przechowywać pokarm (n = 119)

Figure 7. Attitudes to statement: I was comprehensively instructed on the breast milk storage (n = 119)

laktacji po cięciu cesarskim, jest organizacja opieki nad położnicą i noworodkiem [11]. Powstało wiele wytycznych, które w sposób przejrzysty wskazują personelowi, jak powinien postępować w pierwszych dniach po porodzie, aby w jak największym stopniu zwiększyć szansę matki i dziecka na udaną laktację. Pomimo to wskaźniki kobiet po cięciu cesarskim karmiących wyłącznie piersią są wciąż niskie [9, 10]. Moskala w swojej publikacji wskazuje na barierę, jaką stanowi brak wiedzy personelu i funkcjonujące od lat przekonania, które nie znajdują potwierdzenia w dowodach naukowych [2]. Z badań Szyber wynika, iż najniższy poziom wiedzy prezentują pracownicy szpitali III stopnia referencyjności [12]. Wynik ten zdają się potwierdzać badania własne. Wykazano bowiem, iż to w placówkach III stopnia referencyjności najczęściej padało stwierdzenie, że dziecko musi zostać dokarmione z powodu niewystarczającej produkcji pokarmu przez matkę. Przekonanie, iż „po cięciu cesarskim nie ma pokarmu” jest natomiast jednym z najbardziej zakorzenionych przekonań wśród personelu medycznego [2]. Siłę zakorzenienia tego mitu wśród pracowników ochrony zdrowia zdają się odzwierciedlać wyniki badań własnych. Blisko 70% respondentek dokarmiło swoje dzieci pokarmem sztucznym, w tym prawie 29% z powodu małej ilości pokarmu. Ważną kwestią jest również sposób, w jaki noworodkom podawany jest pokarm sztuczny. Kiełbratowska i Preis podają, iż 38,5% noworodków jest dokarmianych butelką [13]. W badaniu własnym odsetek ten był jeszcze większy (51,6%).

W badaniu własnym personel zalecił odciąganie pokarmu laktatorem 70,7% respondentek. Aż 63% z nich nie poinformowano, w jaki sposób powinny odciągać pokarm. Jest to wynik zastanawiający, zwłaszcza, jeśli porówna się go z całkowitym odsetkiem respondentek, którym zalecono odciąganie pokarmu laktatorem (70,7%). Jeszcze wyższy odsetek respondentek deklaruje, iż personel nie poinformował ich, jak należy przechowywać odciągnięty pokarm

(73,1%). Wynika z tego, iż żadna respondentka, spośród tych, którym zalecono odciąganie pokarmu, nie została poinformowana, jak należy go przechowywać. Jeszcze bardziej zastanawia fakt, iż w tym zakresie nie zostały stwierdzone istotne statystycznie różnice między placówkami posiadającymi tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku oraz tymi, które go nie posiadają. Piąty krok do udanego karmienia piersią mówi o obowiązku nauczania kobiet, w jaki sposób podtrzymywać laktację, gdy będą oddzielone od swoich dzieci [14]. Z badań własnych wynika jednak, że kobiety nie otrzymują od personelu wystarczających informacji.

Krok 5 do udanego karmienia piersią mówi również o konieczności pokazywania matkom, w jaki sposób karmić dzieci piersią. Dokument Baby-Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care wskazuje na konieczność udzielania matkom pomocy w tym zakresie, zwłaszcza gdy same nie mogą poradzić sobie z przystawieniem noworodka do piersi [14]. W badaniu własnym pomoc personelu w przystawieniu dziecka do piersi podczas pierwszego kontaktu otrzymało większość respondentek (85,1%). Wyniki te są tożsame z tymi, które opublikowały Łepecka-Klusek i Łuszczynska. W ich badaniu z pomocy personelu podczas pierwszego karmienia korzystało większość respondentek (94,6%) [15]. W badaniu własnym uwagę zwraca jednak istotna statystycznie różnica między szpitalami klinicznymi a placówkami nieposiadającymi tego profilu. W szpitalach klinicznych respondentki częściej stwierdzały, że personel nie udzielił im pomocy w przystawianiu noworodka do piersi podczas pierwszego kontaktu.

Odsetek respondentek, które otrzymały pomoc personelu w karmieniu podczas pierwszego kontaktu, jest wysoki i zdaje się wskazywać na fakt, iż personel w wystarczającym zakresie wspomaga pacjentki w przystawianiu noworodków do piersi. Zaprzeczają temu jednak odpowiedzi respondentek dotyczące prezentowania im przez personel pozycji do karmienia piersią dla matek po cięciu cesarskim. Aż 57,7% ankietowanych stwierdziło, iż personel nie wyszedł z inicjatywą pokazania im takich pozycji. Wynik pozostaje w sprzeczności z badaniami Małańczuk i wsp., w których 65,9% matek otrzymało instruktaż prawidłowego karmienia piersią [16]. W badaniu własnym zaobserwowano, iż w szpitalach klinicznych oraz szpitalach III stopnia referencyjności odsetki respondentek, którym nie udzielono instruktażu przybierania odpowiednich pozycji do karmienia piersią, były znacznie wyższe.

Czwarty krok do udanego karmienia piersią zakłada, iż kobietom powinno się umożliwić rozpoczęcie karmienia piersią w ciągu 30 minut od narodzin dziecka. Współczesna realizacja tego kroku powinna jednak, zdaniem badaczy, polegać na rozpoczęciu

kontaktem skóra do skóry w ciągu 5 minut po narodzinach dziecka i kontynuowaniu go minimum przez godzinę [14]. W badaniu własnym mniej niż połowa respondentek (45,8%) miała możliwość odbycia kontaktu skóra do skóry z dzieckiem na bloku operacyjnym. Stwierdzono brak korelacji między punktacją Apgar a zainicjowaniem kontaktu skóra do skóry na bloku operacyjnym, co wskazuje na fakt, iż jego brak nie był podyktowany złym stanem noworodków, który stanowi wskazanie do przedłożenia działań diagnostyczno-terapeutycznych ponad realizację wczesnego kontaktu dziecka z matką. Stwierdzono, iż najwyższy odsetek respondentek, które doświadczyły na bloku operacyjnym kontaktu skóra do skóry z dzieckiem, występował w szpitalach I stopnia referencyjności. W szpitalach klinicznych respondentki istotnie rzadziej doświadczały kontaktu skóra do skóry na bloku operacyjnym. Placówki te prezentują również największy odsetek respondentek, które na sali operacyjnej nie doświadczyły jakiegokolwiek kontaktu z dzieckiem. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między szpitalami posiadającymi i nieposiadającymi tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku. Wytyczne do 10 kroków do udanego karmienia piersią zawierają zapis mówiący o tym, iż w Szpitalach Przyjaznych Dziecku 50% matek po cięciu cesarskim w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym powinna doświadczyć kontaktu skóra do skóry w ciągu 5 minut po porodzie i trwającego przynajmniej 1 godzinę [14]. W badaniu własnym zaledwie 25,3% respondentek miało na sali operacyjnej kontakt skóra do skóry z dzieckiem.

Wnioski

W warszawskich szpitalach stwierdza się wysoki poziom realizacji niektórych zaleceń dotyczących opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim. Dotyczy on głównie podejmowania próby przystawienia dziecka do piersi podczas pierwszego kontaktu oraz pomocy personelu w tej czynności.

Poziom realizacji niektórych zaleceń jest jednak niski. Dotyczy on głównie niedostatecznie częstego przeprowadzania kontaktu skóra do skóry, zbyt częstego dokarmiania noworodków pokarmem sztucznym, jak również zbyt rzadkiego udzielania instruktażu w zakresie przybierania prawidłowych pozycji i radzenia sobie z problemami laktacyjnymi.

W warszawskich szpitalach klinicznych oraz szpitalach III stopnia referencyjności często nie realizuje się zaleceń dotyczących opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim.

Wysoki poziom realizacji tych zaleceń występuje w warszawskim ośrodku I stopnia referencyjności.

W warszawskich Szpitalach Przyjaznych Dziecku obserwuje się lepszą niż w innych placówkach reali-

zując niektórych zaleceń, jednakże różnice między placówkami legitymującymi się tytułem SPD a placówkami bez tego tytułu są niewielkie.

Piśmiennictwo

1. Mikiel-Kostyra K, Mazur JV. Bariery w karmieniu piersią: cesarskie cięcie. *Pediatr Pol.* 1996; 71(7): 629–631.
2. Moskała K. Czy poród zabiegowy jest nadal barierą utrudniającą prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią? [cytowany 19.02.2017 r., 16:13], Dostęp z: http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Porod%20zabiegowy_Moskala.pdf.
3. Cierpka A, Żuralska R, Olszewski J. Wiedza położnic na temat karmienia piersią. *Probl Pielęg* 2007;15(2-3): 172–178.
4. Gebuza G, Gierszewska M, Kaźmierczak M, et al. Przygotowanie kobiet do karmienia piersią. *Probl Pielęg.* 2010; 18(4): 406–412.
5. Osuch K. Karmienie piersią po cięciu cesarskim. *Mag Pielęg Położ.* 2012; 11: 34–35.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. *Dz.U.* 2012 poz. : 1100.
7. Nehring-Gugulska M., Karmienie piersią bez barier. *Vjazd Centrum Nauki o Laktacji*, [cytowany 19.02.2017 r., 16:39], Dostęp z: http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/zjazdy/V/materialy_dziennikarze.pdf.
8. Zagórecka E, Piotrowska-Jastrzębska J. Żywnienie niemowląt – wybrane aspekty. *Pediatrics Polska.* 2007; 82(7): 559–566, doi: [10.1016/s0031-3939\(07\)70372-4](https://doi.org/10.1016/s0031-3939(07)70372-4).
9. Żelazko K, Pałczyńska M, Ambrozik P, et al. Analiza czynników wpływających na powodzenie karmienia piersią. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia.* 2013; 4: 75–78.
10. CNoL. Karmienie piersią w Polsce Raport 2015. [cytowany 19.02.2017 r., 16:50], Dostęp z: http://femaltiker.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport_Karmienie_Piersia_w_Polsce.;20151.pdf.
11. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012; 95(5): 1113–1135, doi: [10.3945/ajcn.111.030254](https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254), indexed in Pubmed: [22456657](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22456657/).
12. Szyber B., Dmoch-Gajzlerska E. Czy brak wiedzy jest nadal barierą utrudniającą zmiany postawy personelu? [cytowany 22.04.2017 r., 19:54], Dostęp z: http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Brak%20wiedzy_Szyber.pdf.
13. Kielbratowska B, Preis K. Opieka położnicza po cięciu cesarskim wspierająca karmienie piersią. *Ginekol Położ.* 2007; 2(4): 55–61.
14. UNICEF/WHO. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care (2009). Section 1: Background and Implementation. [cytowany 19.02.2017 r., 16:28], Dostęp z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf.
15. Łepecka-Klusek C, Łuszczzyńska M. Promocja karmienia piersią wśród kobiet po cięciu cesarskim. *Zdr Publ.* 2002; 112(1): 127–129.
16. Małańczuk D, Woźniak P, Gulczyńska E., Rudnicka B., Wrońska B., Krasomski G. Ocena wdrażania standardu opieki okołoporodowej w aspekcie. *Gin Pol Med Project.* 2014; 2(32): 43–53.