

PIERWSZE CHWILE RAZEM

NIEMOWLĘ I MATKA

W CENTRUM OPIEKI POŁOŻNEJ

NUTRICIA

KARMIEŃIE NOWORODKA
URODZONEGO DROGĄ
CIĘCIA CESARSKIEGO

WSPARCIE UKŁADU POKARMOWEGO
NIEMOWLĘCIA W DROBNYCH
DOLEGLIWOŚCIACH TRAWIENNYCH

NARODZINY DZIECKA - WYZWANIA
PSYCHOLOGICZNE, SPOŁECZNE I MEDYCZNE

UPRAWNIENIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W PRZEPISYWANIU PREPARATÓW
MLEKOZASTĘPCZYCH

WYDANIE SPECJALNE dla  **NUTRICIA**
pod patronatem MAGAZYNU PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

NARODZINY DZIECKA – WYZWANIA PSYCHOLOGICZNE, SPOŁECZNE I MEDYCZNE

Naszą rolą i zadaniem jest ocena stanu psychicznego położnicy. Wskazujemy zatem kluczowe sygnały, które powinny wzbudzić naszą czujność, i praktyczne wskazówki, jak uruchomić sieć pomocy, by obniżyć ryzyko depresji poporodowej, a także poprawić jakość więzi i funkcjonowania matki oraz noworodka.

Dorota Woźniak

Psycholog, psychoterapeuta, psychotraumatolog

Narodziny dziecka to jedno z najważniejszych wydarzeń w życiu kobiety i jej rodziny. W psychologii rozwojowej określa się je jako kryzys normatywny – okres, w którym dotychczasowe role i więzi rodzinne ulegają przekształceniu.

Współczesne macierzyństwo coraz częściej rozpoczyna się w późniejszym wieku, po latach nauki i pracy. Z jednej strony pacjentki mają szersze możliwości, z drugiej – odczuwają wyraźniejszy rozdźwięk między dotychczasowym sposobem funkcjonowania a obowiązkami rodzicielskimi. Dodatkowo presja kulturowa, w tym obraz „idealnej mamy” utrwalany przez media społecznościowe, zwiększa ryzyko poczucia niewystarczalności i przesadnego obwiniania siebie.

W tym artykule postaramy się uporządkować kluczowe wyzwania okresu okołoporodowego i przełożyć je na praktyczne działania pielęgniarek i położnych: od różnicowania baby blues i depresji poporodowej, przez wsparcie laktacji, po opiekę nad kobietami z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi, w tym ADHD silnie współwystępującym z depresją poporodową.

Narodziny dziecka jako moment przełomowy – co widzi personel?

Zmiany hormonalne i emocjonalne. Pierwsze dni połogu to czas gwałtownych wahań estrogenów i progesteronu przy równoczesnym wzroście prolaktyny i oksytocyny. Klinicznie przekłada się to na chwiejność emocjonalną, drażliwość, płaczliwość i nadwrażliwość na bodźce. U 50–80% kobiet pojawia się baby blues (2.–5. doba, zwykle ustępuje w ciągu 14 dni). Jeśli objawy utrzymują się dłużej lub narastają, istotne jest odróżnienie ich od depresji poporodowej (szacunkowo 10–15% matek). Rzadziej (0,1–0,2%) rozwija się psychoza poporodowa, np. skrajna euforia, drażliwość, głęboka depresja, urojenia dotyczące dziecka, poczucie winy, manie prześladowcze, omamy słuchowe lub wzrokowe, dezorganizacja myślenia i zachowania, wahania świadomości, pobudzenie, bezsenność, w niektórych przypadkach ryzyko samobójstwa lub skrzywdzenia dziecka. Jest to stan nagły, wymagający pilnej interwencji psychiatrycznej i zabezpieczenia bezpieczeństwa pacjentki oraz dziecka. Czynniki ryzyka, na które warto zwrócić szczególną uwagę, to: wcześniejsze epizody depresyjne/lękowe, perfekcjonizm (tendencja do stawiania sobie nierealnie wysokich wymagań i krytycznej oceny własnych działań, często prowadząca do poczucia winy i przeciążenia) i samokrytycyzm, brak wsparcia, trudny lub traumatyczny poród, wcześniactwo lub choroba dziecka, przewlekły ból, powikłania połogowe oraz obciążenia finansowe. Dla zespołu powinno to oznaczać czujną obserwację nastroju i zachowań pacjentki już od pierwszych doświadczeń po porodzie.

Kluczowe sygnały ostrzegawcze dla personelu medycznego:

- Utrzymujące się >2 tyg. obniżenie nastroju i/lub anhedonia (utrata zdolności odczuwania przyjemności).
- Bezsenność mimo zmęczenia, nasilony lęk, natłok myśli, poczucie winy, myśli rezygnacyjne.
- Brak kontaktu emocjonalnego z dzieckiem lub myśli o skrzywdzeniu (natychmiastowe działanie).

Połów bywa dla matki czasem emocjonalnego odsunięcia na dalszy plan: cała uwaga skupia się na noworodku.

Rola otoczenia – jak uruchomić realne wsparcie?

Połów bywa dla matki czasem emocjonalnego odsunięcia na dalszy plan: cała uwaga skupia się na noworodku. Niedobór snu, nieustanne rady i porównywanie do innych (inne mamy radzą sobie lepiej) zwiększają ryzyko obniżenia nastroju i nasilenia lęku.

W kulturach, gdzie opieka nad matką po porodzie jest normą, obserwuje się lepsze wskaźniki dobrostanu – to argument, który warto przekazywać rodzinie. W kontakcie z bliskimi sprawdza się język potrzeb, a nie wymagań (*Co dziś możecie zrobić, by mama mogła odpocząć?*).

Zadania pielęgniarki/położnej w takiej sytuacji to:

- Uznanie i akceptacja przeżywanych emocji (*Widzę, że jest pani zmęczona – to normalne w tym okresie*).
- Edukacja rodziny: zamiast ocen konkretna pomoc.
- Pomoc w organizacji wsparcia przez rodzinę i najbliższe otoczenie matki, które może obejmować:
 - dyżury snu (2–3 godziny ciągłego snu dziennie),
 - ciepłe posiłki i nawodnienie,
 - ograniczanie wizyt gości,
 - przejęcie części obowiązków domowych,
 - „strefa ciszy” dla matki.

Psychika matki a karmienie piersią – jak przerwać błędne koło?

Choć laktacja to proces fizjologiczny, stres i lęk potrafią blokować odruch oksytocynowy, utrudniając wypływ mleka. Po cięciu cesarskim start laktogenezy II (jest to gwałtowny „nawał” mleczny i występuje po porodzie zwykle między 2. a 4. dobą) bywa opóźniony – ta rozbieżność między oczekiwaniami a realiami może wywoływać frustrację i poczucie bycia niewystarczająco dobrą. Dziecko odpowiada na napięcie matki – karmienia stają się nerwowe i krótkie, pojawia się nieskuteczne ssanie, łkanie powietrza, kolki i wzdęcia.

Interwencje w zasięgu położnej/pielęgniarki:

- Ocena przystawienia i pozycji, kontrola bólu brodawek i piersi.
- Wstępna ocena aparatu artikulacyjnego i ewentualne skierowanie do oceny neurologopedy i/lub interdyscyplinarnego zespołu w celu identyfikacji potencjalnych przeszkód funkcjonalnych i/lub anatomicznych
- Nauka alternatyw: **SNS** – specjalny system dokarmiania, w którym cienka rurka z butelki lub pojemnika z mlekiem – kobiecym lub modyfikowanym – jest przyklejana do piersi matki, **kubeczek** – niemowlę otrzymuje mleko z małego kubeczka, najczęściej specjalistycznego, o zaokrąglonych brzegach, „**butelkowanie responsywne**” – technika karmienia butelką, która naśladuje naturalny rytm ssania piersi. Dokarmianie nie jest porażką, lecz troską o wzajemną relację i dobrostan kobiety oraz jej dziecka.
- Edukacja mamy w zakresie karmienia mieszanego, która może sprzyjać wydłużeniu okresu laktacji. Badanie z udziałem rodziców wykazało, że 40% matek stosujących ten model żywienia karmiło piersią dłużej niż wynosi średni czas karmienia naturalnego.
- Krótkie techniki uważności przed karmieniem (rozluźnienie barków i żuchwy, 1-2 min skupienia na oddechu),
- Przeformułowanie stereotypu: „Bycie dobrą mamą oznacza karmienie wyłącznie naturalne” na: „Bezpieczne żywienie i dobrostan psychiczny są celem nadrzędnym”.

Psychika matki odgrywa kluczową rolę w karmieniu piersią. Stres, obniżony nastrój czy depresja poporodowa mogą utrudniać laktację i osłabiać motywację do karmienia, natomiast wsparcie emocjonalne, poczucie kompetencji i elastyczne podejście sprzyjają utrzymaniu karmienia oraz budowaniu więzi z dzieckiem. W tym kontekście korzystnym rozwiązaniem może być karmienie mieszane, które daje matce większe poczucie kontroli nad procesem żywienia, zmniejsza napięcie związane z presją karmienia wyłącznie piersią oraz redukuje ryzyko poczucia winy czy porażki. Wzmacnia to samoocenę i poczucie sprawstwa kobiety, a dziecku zapewnia stabilne źródło pożywienia oraz bliski kontakt z matką w atmosferze mniejszego stresu. Dzięki temu karmienie mieszane, łącząc potrzeby żywieniowe dziecka z poczuciem bezpieczeństwa i elastycznością matki, może stanowić istotny czynnik chroniący dobrostan emocjonalny obojga.

Wsparcie psychologiczne i praktyczne ze strony położnej

Położne to często pierwsze osoby, które zauważają symptomy depresji okołoporodowej. Rekomendowane działania, które zapewniłyby wsparcie mamie, to:

- **Budowanie bezpieczeństwa emocjonalnego** – uważna obecność, życzliwy język, osvajanie doświadczeń: *Huśtawka nastroju bywa elementem połogu.*
- **Wzmacnianie kompetencji** – instruktaż „krok po kroku”, wspólne układanie planu dnia i odpoczynku (w tym „okna drzemki”).
- **Wstępna ocena ryzyka zaburzeń nastroju** – do wczesnej oceny ryzyka depresji poporodowej rekomenduje się stosowanie Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS), która stanowi proste i wiarygodne narzędzie przesiewowe stosowane do oceny ryzyka depresji poporodowej i do monitorowania dynamiki objawów.
- **Interwencja kryzysowa przy wynikach niepokojących** – szybkie skierowanie do psychologa/psychiatry, ustalenie planu bezpieczeństwa i wsparcia rodziny. Komunikaty, które pomagają:
 - *To, co pani czuje, jest częste i zrozumiałe w połogu*
 - *nie jest pani sama.*
 - *Poproszenie o pomoc to odpowiedzialność, nie słabość.*

Karmienie a zdiagnozowane zaburzenia psychiczne – jak współpracować w zespole?

Część kobiet wchodzi w połów z rozpoznaniem depresji, zaburzeń lękowych, OCD czy ADHD. Obowiązuje zasada: najmniej obciążająca, możliwie wczesna interwencja. Często wystarcza psychoterapia i psychoedukacja, gdy konieczna jest farmakoterapia – decyzje należy podejmować wspólnie (shared decision-making – wspólne podejmowanie decyzji to model pracy klinicznej, w którym pacjentka i personel medyczny współuczestniczą w wyborze metod leczenia), uwzględniając profil bezpieczeństwa leku w laktacji, nasilenie objawów oraz preferencje pacjentki.

W praktyce klinicznej często rozważanym lekiem jest sertralina – przeciwdepresant z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI). Charakteryzuje się niskim przenikaniem do mleka kobiecego, przy konieczności uważnej, indywidualnej obserwacji stanu matki i dziecka.

PLAN POWINIEN ZAWIERAĆ:

1. Opis objawów i celów terapii:

- dokumentowanie dominujących dolegliwości (obniżony nastrój, bezsenność, lęk, utrata zainteresowań, trudności w tworzeniu więzi z dzieckiem),
- ustalenie wspólnych celów: poprawa funkcjonowania emocjonalnego, przywrócenie zdolności do opieki nad dzieckiem, zmniejszenie poczucia winy, poprawa jakości snu.

Okres okołoporodowy łączy dynamiczne zmiany biologiczne z wyzwaniami psychologicznymi i istotnymi uwarunkowaniami społecznymi. Położne są wówczas pierwszą linią wsparcia.

Poprzez czujną obserwację, akceptację, uznanie emocji, praktyczne wskazówki i uruchomienie sieci pomocy mają istotny wpływ na obniżenie ryzyka depresji poporodowej oraz na poprawę jakości więzi i funkcjonowania matki oraz noworodka. **Szczególnej uwagi wymagają pacjentki z ADHD:** właściwa diagnoza, współpraca interdyscyplinarna i język pozbawiony oceny są kluczowe dla skutecznej, empatycznej opieki.

Rola położnej: systematyczne monitorowanie i zapisywanie zmian w objawach, przekazywanie obserwacji lekarzowi, psychoedukacja pacjentki i jej rodziny.

2. Uzgodniony schemat leków i kontroli:

- opis stosowanego leku (np. Sertralina), dawki początkowej i schematu zwiększania,
- terminy kontroli lekarskich i psychiatrycznych,
- monitorowanie działań niepożądanych.

Rola położnej: przypominanie pacjentce o przyjmowaniu leków, obserwacja ewentualnych skutków ubocznych (np. zaburzenia snu, nudności), edukacja w zakresie bezpieczeństwa karmienia piersią przy farmakoterapii.

3. Plan wsparcia rodziny (kto i w czym pomaga):

- określenie osób wspierających matkę (partner, rodzina, przyjaciele),
- podział obowiązków: opieka nad dzieckiem w nocy, przygotowanie posiłków, odciążenie w obowiązkach domowych.

Rola położnej: wspieranie pacjentki w rozmowie z rodziną, ułatwianie ustalenia konkretnych zadań, edukacja bliskich na temat znaczenia odpoczynku i regeneracji matki.

4. Kryteria pilnego kontaktu:

- wyraźnie ustalone sygnały alarmowe: nasilone poczucie winy, myśli rezygnacyjne, myśli samobójcze, brak więzi z dzieckiem, nagłe pogorszenie funkcjonowania.

Rola położnej: rozpoznawanie „sygnałów alarmowych” podczas wizyt patronażowych, zapewnienie szybkiej ścieżki kontaktu (np. psychiatra dyżurny, oddział ratunkowy, telefon kryzysowy).

5. Decyzje dotyczące karmienia i ewentualnego dokarmiania:

- ustalenie, czy matka kontynuuje karmienie piersią, czy wprowadza dokarmianie,
- wybór metody dokarmiania (SNS, kubeczek, „butelkowanie responsywne”),
- uwzględnienie komfortu emocjonalnego matki i potrzeb dziecka.

Rola pielęgniarki i położnej: wsparcie laktacyjne, instruktaż technik karmienia, redukcja presji (Dobra mama to nie tylko ta karmiąca piersią), umacnianie wiary we własne możliwości.

Depresja poporodowa a ADHD u kobiet – co jest inne i dlaczego?

ADHD zalicza się do najczęstszych zaburzeń neurorozwojowych w populacji, u dorosłych kobiet bywa często niezdiagnozowane, m.in. z powodu utrwalonego stereotypu „niegrzecznego chłopca” – ruchliwego i impulsywnego. ADHD kobiecie często może manifestować się inaczej: dominują trudności w organizacji i koncentracji, wewnętrzny niepokój, wysoka wrażliwość emocjonalna, przy jednocześnie obniżonej energii do działania, „maska perfekcjonizmu” oraz tak zwany „syndrom oszusta” (*Nie jestem dobrą mamą, inni radzą sobie lepiej niż ja, Na pewno zawodzę w roli matki, Moje dziecko zasługuje na lepszą mamę niż ja, Wszystkim innym to przychodzi naturalnie, tylko ja sobie nie radzę*).

W okresie okołoporodowym zestaw czynników ryzyka (deficyt snu, gwałtowne zmiany hormonalne, duże obciążenie obowiązkami opiekuńczymi, chaos, oczekiwania społeczne) wzmacnia i wielokrotnie trudności w kontroli emocji i zachowania. Doniesienia wskazują na znacząco podwyższone ryzyko

depresji poporodowej u kobiet z ADHD (80% kobiet z ADHD zapada na depresję poporodową).

Co może zrobić położna:

- **Normalizować trudności:** To część obrazu ADHD, nie pani wina.
- **Monitorować nastrój:** krótkie skale przesiewowe, np. Edynburska Skala Depresji Poporodowej, regularne pytania o sen, lęk i poczucie skuteczności.
- **Zaproponować mikrostrategie organizacyjne:** lista zadań, plan dnia „na jednej kartce”, budziki/aktywatory, prosty plan posiłków.
- **Wspierać decyzje terapeutyczne:** psychoedukacja, psychoterapia ukierunkowana na regulację emocji, np. elementy ACT – terapia akceptacji i zaangażowania: uczy pacjentki, żeby nie walczyły z trudnymi emocjami, tylko je zauważały, akceptowały i mimo tego działały zgodnie z tym, co ważne w ich życiu (np. rodzina, zdrowie), oraz MBCT – terapia poznawcza oparta na uważności: pomaga pacjentkom zauważyć swoje automatyczne, często negatywne myśli i zatrzymać spiralę zamartwiania się – poprzez ćwiczenia uważności (np. skupienie na oddechu). Obie metody nie usuwają od razu bólu czy smutku, ale uczą, jak żyć z nimi w sposób zdrowszy i spokojniejszy.
- **Rozważenie leczenia farmakologicznego** ADHD/depresji w porozumieniu z psychiatrą – co często poprawia funkcjonowanie i komfort życia młodej mamy.
- **Dbać o narrację bez winy:** dokarmianie, dzielenie obowiązków, drzemki „na zmianę” – to działania odpowiedzialne, nie „oznaka porażki”.

Protokół postępowania – w wersji uproszczonej

Ocena stanu somatycznego i bólu.

Krótki przesiew nastroju/lęku (np. EPDS) i **ocena bezpieczeństwa** (np. analiza, czy pacjentka nie ma myśli samobójczych, czy stan emocjonalny lub somatyczny matki nie utrudnia prawidłowej opieki nad noworodkiem).

- Analiza snu i obciążenia opieką – natychmiastowe „okno snu” 2-3 godz., jeśli to możliwe.
- Weryfikacja karmienia (technika, ból, anatomiczne przeszkody), edukacja + wsparcie laktacyjne.
- Uruchomienie wsparcia rodziny (konkretne zadania).
- Plan kontroli (telefon/wywiad po 48-72 godz., natychmiastowe podjęcie działań w razie sygnałów zagrożenia).
- Skierowanie do psychologa/psychiatry przy utrzymujących się objawach lub nasileniu, omówienie opcji farmakoterapii w laktacji.
- U pacjentek z ADHD – dodatkowo: psychoedukacja, procedury wspierające codzienne funkcjonowanie, zmiana oczekiwań wobec siebie, ścisłe monitorowanie nastroju.

Źródło:

Magazyn Pielęgniarki i Położnej 7-8.2025,
piśmiennictwo dostępne w redakcji
mPIP@nipip.pl



BEBILON 2
Nr 1
W POLSCE
REKOMENDOWANY
PRZEZ
PEDIATRÓW*

Nasze najbardziej zaawansowane mleka¹



**PODWÓJNE WSPARCIE:
ODPORNOŚCI I ROZWOJU³**

**JEDYNE MLEKO
STWORZONE SPECJALNIE
DLA DZIECI URODZONYCH
DROGĄ CIĘCIA CESARSKIEGO²**

* Dotyczy mleków następnych, dla dzieci po 6 m. życia – na podstawie badania przeprowadzonego przez Minds & Roses Sp. z o.o. w marcu 2023 r.

1. Wśród mleków następnych Bebilon. 2. Według danych na dzień 25.07.2025. 3. Zgodnie z przepisami prawa zawiera witaminy A, C, D i cynk dla prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego oraz jod i żelazo dla prawidłowego rozwoju poznawczego.

Ważne informacje: Karmienie piersią jest najwłaściwszym i najtańszym sposobem żywienia niemowląt oraz jest rekomendowane dla małych dzieci wraz z urozmaiconą dietą. Mleko matki zawiera składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka oraz chroni je przed chorobami i infekcjami. Karmienie piersią daje najlepsze efekty, gdy matka prawidłowo odżywia się w ciąży i w czasie laktacji oraz gdy nie ma miejsca nieuzasadnione dokarmianie dziecka. Przed podjęciem decyzji o zmianie sposobu karmienia matka powinna zasięgnąć porady lekarza.

Materiał przeznaczony dla osób posiadających kwalifikacje w dziedzinie medycyny, żywienia lub farmacji.

Nutricia Polska Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa, www.akademiabebilon.pl