

Kontakt skóra do skóry i kangurowanie noworodków – chwilowa moda czy naukowo udowodniona metoda?

ANNA STODOLAK, ALEKSANDER FUGLEWICZ

Streszczenie

W ostatnich latach coraz popularniejsza w Polsce i na całym świecie staje się metoda kangurowania oraz kontakt „skóra do skóry” pomiędzy jednym z rodziców (najczęściej matką) a nowo urodzonym dzieckiem. Metoda ta polega na układaniu noworodka na klatce piersiowej rodzica tak, aby zapewnić kontakt skórny, a także na noszeniu noworodka z zachowaniem ścisłego kontaktu. Obecnie prowadzi się wiele badań naukowych, z których większość próbuje udowodnić dobre strony i korzyści płynące z tej metody oraz jej dobroczynny wpływ na wiele aspektów życia, zarówno dziecka, jak i rodziców. Z drugiej strony obserwuje się coraz większe zapotrzebowanie na alternatywne metody przebiegu i rozwiązania porodu, do których należy np. poród wertykalny, poród w wodzie, a także poród rodzinny i domowy. Trudno udowodnić skuteczność tych metod we wszystkich przypadkach, poza tym w dobie wszechobecnego marketingu i reklamy można mieć obawy, że przynajmniej część nowości propagowana jest po to, aby sprostać potrzebom coraz bardziej wymagającego, a często snobistycznego rynku. W związku z tym powstaje pytanie – czy i ta metoda nie jest taką przejściową modą, przeznaczoną dla znudzonych normalnością rodziców szukających nowych doświadczeń czy też ma ona naukowo udowodnione podstawy? Niniejsza praca ma na celu przedstawienie naukowych dowodów na skuteczność metody kangurowania oraz ukazanie niektórych z jej aspektów. Trzeba mieć na uwadze, że nie we wszystkich sytuacjach znajduje ona zastosowanie a pozytywne skutki z niej płynące zależą od zasobów wiedzy, w przekazaniu której pomocny może być personel medyczny, zwłaszcza położne i pielęgniarki.

Słowa kluczowe: noworodek, kangurowanie, kontakt „skóra do skóry”, medycyna oparta na faktach

Wstęp

W ostatnim dziesięcioleciu coraz popularniejszą metodą opieki nad noworodkiem jest zastosowanie tzw. kangurowania (KMC – *Kangaroo Mother Care*), czyli standaryzowanego systemu pielęgnacji, opartego na ściśle określonych protokołach. Główną składową tej metody stanowi zapewnienie bezpośredniego kontaktu (skóra do skóry) pomiędzy noworodkiem a matką, ewentualnie ojcem czy osobą desygnowaną przez rodzinę dziecka. Noworodek utrzymywany jest w pozycji pionowej lub półpionowej na klatce piersiowej matki w okolicy jej piersi, przylegając częścią swojego ciała do skóry matki i przebywając pod jej ubraniem. Dla zapobiegania przed utratą ciepła noworodek może mieć założoną czapkę oraz pieluchę. Szczegółowe zasady utrzymywania dziecka w tej pozycji, zwanej również pozycją kangura, zamieszczone zostały w szczegółowych wytycznych WHO z 2003 roku [1]. Kontakt skóra do skóry jest najważniejszą, chociaż nie jedyną składową metody kangurowania. Jej pozostałe elementy to wyłączenie karmienia noworodka za pomocą piersi (jeśli jest to możliwe) oraz szybki wypis z oddziału położniczego w pozycji kangura ze ścisłym przestrzeganiem zaleceń w warunkach domowych.

Podwalin metody kangurowania należy poszukiwać w niedostatku oraz braku możliwości zapewnienia wszystkim noworodkom odpowiedniego poziomu opieki w krajach rozwijających się. To właśnie wysoka śmiertelność nowo narodzonych dzieci oraz niedobory finansowe skłó-

niły naukowców do zwrócenia uwagi na praktyki stosowane od tysięcy lat przez ludy pierwotne, głównie w Afryce. Genialny pomysł zastąpienia niedostępnego inkubatora jego żywym i naturalnym odpowiednikiem, czyli matką, wprowadzony został w życie po raz pierwszy w 1978 roku w Kolumbii w instytucie położniczym przez dr Edgara Reya [1, 2]. Pozytywne obserwacje wstępne oraz szereg późniejszych badań wskazały jednoznacznie na korzystne skutki tego postępowania, zwłaszcza w odniesieniu do noworodków urodzonych przedwcześnie i z niską masą urodzeniową (LBW – *low-birth weight*). Celem metody jest nie tylko poprawa stanu zdrowia dziecka w perspektywie krótko- i długoterminowej, ale również wsparcie matki, rodziców i opiekunów oraz pomoc w rozwijaniu umiejętności, niezbędnych do przejęcia pełnej odpowiedzialności za fizyczne i emocjonalne potrzeby noworodka [3, 4].

Ewolucja i stosowanie metody

Kangurowanie znajduje zastosowanie nie tylko na niedofinansowanych oddziałach położniczych i noworodkowych w krajach rozwijających się, lecz jest również zalecane na oddziałach intensywnej opieki noworodkowej (NICU) w krajach rozwiniętych, gdzie istnieje swobodny dostęp do nowoczesnej aparatury. Podobnie można je stosować u noworodków urodzonych przedwcześnie i/lub z niską masą urodzeniową, lecz nie stoi na przeszkodzie, aby wdrażać tę metodę u dzieci urodzonych o czasie, bez uchwytnych zaburzeń i z prawidłowymi parametrami

fizjologicznymi. W przypadku dzieci z niską masą urodzeniową lub niestabilnych, istnieje możliwość tzw. kangurowania przerywanego (I-KMC – *intermittent*), czyli powtarzającego się kontaktu dziecka przez krótki czas, przedłużanego stopniowo aż do osiągnięcia stadium kangurowania ciągłego (C-KMC – *continuous*) – pożądanego stanu docelowego. Podczas stosowania tej metody, noworodka i matki nie należy traktować oddzielnie, lecz razem, jako jednolity byt, tzw. dwójkę matka-dziecko (*mother-infant dyad*), stanowiący niejako przedłużenie jedności maczyno-rodowej, tym razem w warunkach pozamacicznych [5, 6].

Program bezpośredniego kontaktu skóra do skóry matki i dziecka przez pierwszych 15 lat swojego istnienia podlegał weryfikacji i konsolidacji, co zaowocowało sformułowaniem w miarę spójnej metody, określonej jako „Matczyny Program Kangurowania” [7]. Z upływem czasu spotkała się ona z zainteresowaniem na skalę międzynarodową. Przeprowadzono szereg badań naukowych, dowodzących co najmniej dobroczynnych skutków ścisłego kontaktu, w niektórych zaś przypadkach stwierdzono pozytywny wpływ na wiele istotnych aspektów opieki i pielęgnacji nad noworodkiem, mających również następstwa długoterminowe. Badania dotyczyły wpływu różnych odmian metody na zdrowie i samopoczucie matki i dziecka, lecz również postrzegania jej przez członków personelu medycznego, od których zaangażowania zależy zainteresowanie i efektywne wdrażanie programu kangurowania.

Od 1996 roku organizowane są co 2 lata spotkania nieformalnej grupy mającej na celu promocję KMC na szczeblu międzynarodowym, tzw. „Międzynarodowego Towarzystwa KMC”. Przeprowadzane warsztaty skupiają się na prezentacji nowej wiedzy i przekazywaniu zdobytych doświadczeń wśród pracowników służby zdrowia zaangażowanych w edukację, ich wdrażanie na polu klinicznym, badania naukowe oraz rozwój nowoczesnych odmian i protokołów kangurowania. Podczas pierwszego spotkania, KMC zdefiniowano jako „wczesny, ciągły i przedłużający się kontakt skóra do skóry pomiędzy matką a dzieckiem, któremu towarzyszy (w idealnych warunkach) wyłączone karmienie noworodka piersią i wczesny wypis do domu ze szczegółowym programem wizyt kontrolnych, sama metoda zaś posiada trzy poziomy stosowania, w zależności od opieki medycznej i dostępnych środków” [8].

Późniejsze spotkania stwierdziły niski odsetek stosowania metody w krajach z wysoką chorobowością i śmiertelnością noworodków, czyli regionach, gdzie mogłaby odnieść najlepsze potencjalne efekty. Zauważono potrzebę modyfikacji zaleceń WHO z 2003 roku, co skutkowało organizacją pierwszej Konferencji Międzynarodowej, dotyczącej rozwoju oraz aktualnego stanu wiedzy na temat KMC. Na Konferencji, mającej miejsce w 2008 roku w Szwecji, sformułowano najnowsze aktualne wytyczne postępowania, skierowane przede wszystkim do pracowników służby zdrowia, będących zwolennikami tej metody i pragnących stosować ją w codziennej praktyce.

Podstawy naukowe KMC

Szczegółowy opis praktycznego stosowania metody KMC znajduje się w przytoczonych powyżej wytycznych WHO i co do swej istoty nie straciły one na aktualności [1]. Modyfikacjom uległ jedynie zakres stosowania i pewne aspekty, stwierdzone po 2003 roku w wyniku systematycznych przeglądów dostępnych badań i pojawiających się nowych wyników.

Na podstawie dostępnych badań można stwierdzić następujące pozytywne aspekty stosowania metody kangurowania, dotyczące zarówno obszarów biednych, jak i krajów z wysoko rozwiniętą i dostatecznie finansowaną służbą zdrowia:

- wzmacnia więź między matką a dzieckiem (w dzisiejszych czasach często osłabiona) [9],
- obniża częstość występowania maczynych epizodów depresji poporodowej [10, 11],
- polepsza parametry fizjologiczne dziecka (poziom glikozę, temperaturę ciała, częstość oddechów, utlenowanie krwi) oraz obniża ból u dzieci poddawanych bolesnym i inwazyjnym procedurom [12-14],
- wzmacnia percepcję matki (rodziców) w odniesieniu do sygnałów płynących ze strony noworodka [15, 16],
- w znaczącym stopniu wpływa na zapoczątkowanie karmienia piersią oraz przedłuża okres efektywnego wyłącznego karmienia naturalnego [17-19],
- wywiera pozytywny wpływ na rozwój psychoruchowy dziecka oraz jego kontakt z rodzicami [20, 21].

Z oczywistych względów najlepiej udokumentowany jest wpływ na łatwo mierzalne parametry fizjologiczne oraz okres karmienia piersią i odczuwanie bólu. Przeprowadzono szereg badań, mających na celu stwierdzenie skuteczności KMC i obecnie metodę tę można polecać możliwie jak najszybciej po porodzie, ze stosowaniem w miarę możliwości ciągłym przez najdłuższy tolerowany okres.

Od zarania ludzkości istniał ścisły kontakt pomiędzy matką a dzieckiem, obserwowany wciąż u niektórych plemion, oddalonych od ośrodków nowoczesnej cywilizacji. Charakteryzuje się ścisłym kontaktem skórny, wysokim poziomem interakcji werbalnej oraz szybką reakcją na płacz dziecka. Pielęgnacja początkowo odbywa się w częstotścią około czterech razy na godzinę, a następnie stopniowo maleje aż do osiągnięcia przez dziecko 3 lat. Zmiana tego wzorca w czasie ma wciąż nieznane konsekwencje; można określić je za Wildströmem (Szwecja) jako przejście od „naturalnej bliskości” do „separacji uwarunkowanej przez cywilizację” [22]. Zdrowy noworodek zaraz po urodzeniu przechodzi przez fazy behawioralne mające na celu przygotowanie do przyjęcia pokarmu. Są to: pierwszy krzyk (płacz), rozluźnienie, przebudzenie, czółganie, odnalezienie źródła pokarmu (piersi) oraz ssanie. Ścisły kontakt między matką a dzieckiem, zwłaszcza w tym początkowym okresie ma niesłychanie korzystny efekt, wpływający na akceptację noworodka przez matkę, regulację fizjologii dziecka oraz umocnienie wzajemnych więzi [22]. Oprócz

bodźców hormonalnych, za które odpowiedzialny jest wyrzut oksytocyny, bliski kontakt stabilizuje temperaturę noworodka, wpływa na laktację oraz późniejsze karmienie naturalne, matczyne poziomu stresu, jak również kompetencje społeczne i długofalowe relacje rodzinne. W przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie i z niską masą urodzeniową, reakcje na wdrożone KMC przejawiają się w postaci stabilizacji funkcji życiowych, zwiększonej temperatury ciała, obniżenia reakcji bólowych oraz efektami neuropsychologicznymi, takimi jak: lepsza organizacja snu i przyspieszone dojrzewanie OUN [21, 23].

Przypuszczalną barierą wdrażania kangurowania, zwłaszcza w krajach rozwiniętych jest rozkwit feminizmu oraz industrializacja. Postrzeganie dzieci jako istot „planowanych”, zaś samej ciąży jako prawa kontroli nad własnym życiem, sprzyja instrumentalizacji macierzyństwa oraz obniżaniu zaangażowania emocjonalnego i czasu poświęconego na zabawy i przebywanie z noworodkiem. Negatywną rolę odegrała również sama służba zdrowia, promując dawniej sztywne godziny karmienia oraz nieelastyczne metody pielęgnacji. W celu pozytywnego rozwiązania powyższych problemów, niezmiernie istotną rolę odgrywać powinien odpowiednio wyedukowany personel medyczny. Oddzielenie matki od dziecka zaraz po porodzie można traktować jako pogwałcenie ich praw, co może mieć niekorzystny wpływ na adaptację noworodka do środowiska pozamacicznego, natomiast u matek wzmacnia stres. Reakcja matek może być różnorodna, podobnie jak ich postawa w odniesieniu do długotrwałej bliskości dziecka, dlatego prawidłowa rola personelu polega na uświadamianiu i przedstawianiu dostępnej wiedzy, nie zaś zmuszaniu do kangurowania, ponieważ odniesie to skutek odwrotny do zamierzonego.

Obecna wiedza odnośnie skuteczności i bezpieczeństwa stosowania KMC została przedstawiona w tabeli 1.

Powyższe udowodnione naukowe fakty, dotyczące skuteczności metody kangurowania podkreślają, że sposób ten jest efektywny zarówno w ośrodkach o ograniczonych zasobach, jak i w pełni wyposażonych nowoczesnych jednostkach, gdzie normą stało się leczenie dzieci przy użyciu zaawansowanych technologii, w separacji od rodziców. KMC nie może być traktowane jako metoda o niższej wartości także w krajach rozwiniętych, wręcz przeciwnie – dowody wskazują na jej przewagę z powodu bezpieczeństwa, skuteczności biologicznej, a także pozytywnego wpływu psychospołecznego i poznawczego na dzieci i ich rodziny [24]. Z powyższych względów, opieka nad nowo narodzonymi dziećmi powinna stanowić proces stopniowego przygotowania i adaptacji z życia wewnątrzmacicznego do zewnętrznego, z udziałem zarówno protokołów kangurowania jak i zindywidualizowanego programu opieki i oceny noworodków. Proces ten powinien być kontynuowany po możliwie wczesnym wypisie ze szpitala w warunkach domowych, ponieważ wzmacnia więzi między dzieckiem a rodziną, zaś w przypadku chorego lub

przedwcześnie urodzonego noworodka przekształca kryzys i niepokój w pełne i wdzięczne przeżycie.

Tabela 1. Skuteczność i bezpieczeństwo metody kangurowania (za [24])

| Kangurowanie |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • jest skuteczne w podtrzymywaniu prawidłowej temperatury ciała u noworodków z zaburzeniami termoregulacji, w podobnym stopniu jak umieszczenie w inkubatorze, jednak opieka w tej pozycji powinna mieć charakter ciągły, • nie powoduje zaburzenia parametrów życiowych u noworodków z niską masą urodzeniową, u których doszło już do stabilizacji, • nie zwiększa ryzyka bezdechów oraz refluksu żołądkowo-przełykowego, • obniża reakcje bólowe i stres oraz przyczynia się do szybszej stabilizacji funkcji życiowych u noworodków urodzonych po 28. tygodniu ciąży, • poprawia jakość i wzorec snu, • sprawia, że karmienie staje się przeżyciem przyjemnym i akceptowanym, • jest możliwym i powszechnie dostępnym sposobem transportu dziecka, • wzmacnia rozwój neurobehawioralny, • wspomaga matkę i rodzinę oraz zapobiega poczuciu bezradności i lękowi separacyjnemu, • podkreśla rolę rodziny w opiece nad delikatnym dzieckiem, • promuje udział matki i ojca w opiece nad noworodkiem i niemowlęciem, • wspomaga inicjację procesu karmienia piersią, jak również jego wyłączność i okres trwania, • ułatwia szybki wypis do domu lub jednostki niższego szczebla, • obniża okres pobytu w szpitalu. |

Aktualne wytyczne dotyczące stosowania metody kangurowania

Najnowsze wytyczne opracowane zostały na siódmym międzynarodowym zjeździe w 2008 r., podczas którego na podstawie dowodów z badań naukowych oraz doświadczeń klinicznych uzgodniono jednolity tekst rekomendacji [6]. Poniższy tekst opisuje w skrócie najważniejsze założenia, należy jednak pamiętać, że wciąż prowadzone są badania w licznych ośrodkach, dlatego temat ten wymaga śledzenia na bieżąco piśmiennictwa.

Rekomendacje odnośnie KMC są uniwersalne, tzn. dotyczą wszystkich noworodków wymagających opieki, niezależnie od ich masy urodzeniowej i stopnia dojrzałości (z wyjątkiem ekstremalnych przypadków, kiedy niezbędna jest intensywna terapia).

Zagadnienia ogólne

Preferowaną rutynową pozycją pielęgnacji jest pozycja kangura (KP – *kangaroo position*), biorąc pod uwagę faktyczny stan fizjologiczny i behawioralny dziecka i matki/

rodzica. Odejście od tej pozycji powinno następować jedynie w uzasadnionych przypadkach. Należy mieć na uwadze, że samo kangurowanie nie może zastępować podstawowej niezbędnej opieki nad noworodkiem, może jednak przyczyniać się do poprawy parametrów fizjologicznych.

Placówki służby zdrowia/opieki

Wszystkie placówki zajmujące się leczeniem i opieką nad noworodkami powinny mieć spisane protokoły kangurowania, obejmujące zarówno dzieci zdrowe, jak i urodzone przedwcześnie i/lub z niską masą urodzeniową. Protokoły te powinny być znane personelowi, zaś sam proces ich wdrażania należy odpowiednio dokumentować. Wszystkie kobiety ciężarne i członkowie ich rodzin otrzymują informację na temat korzyści stosowania KMC oraz aktualnych możliwości placówki w odpowiedniej formie, zarówno pisanej, jak i w formie schematów na wszystkich poziomach zinstytucjonalizowanej opieki.

Pracownicy służby zdrowia

Wszyscy członkowie personelu zajmującego się ciężarnymi i noworodkami powinni mieć odpowiednią wiedzę na temat kangurowania, wpisaną w zakres ich obowiązków zawodowych. Ponadto konieczne jest opanowanie umiejętności niezbędnych do promocji i wdrażania zasad KMC na odpowiednim poziomie opieki. Należy dążyć, aby wszystkie pielęgniarki, położne i lekarze na oddziałach prenatalnych, położniczych oraz opieki noworodkowej byli przekonani o skuteczności kangurowania, odpowiednio wyszkoleni oraz aktywnie promowali tę metodę.

Edukacja matek i rodzin

Wszystkim ciężarnym kobietom i ich rodzinom należy udzielić informacji na temat korzystnego wpływu KMC oraz zasad jego stosowania, szczególnie w odniesieniu do noworodków urodzonych przedwcześnie, z niską masą urodzeniową lub chorych. Odpowiednie ulotki informacyjne na temat wszystkich składowych kangurowania w formie pisanej i obrazkowej powinny zostać przekazane kobietom w ciąży oraz zaraz po przybyciu na oddział położniczy. Należy wspierać matki i rodziny we wdrażaniu i kontynuacji kontaktu skórno-skórnego przez cały okres pobytu w szpitalu oraz po wypisie, korzystna jest również promocja i kierowanie do grup wsparcia. Ponadto należy propagować pozytywny wizerunek metody kangurowania w środkach masowego przekazu.

Inicjacja oraz czas trwania KMC

Kangurowanie powinno rozpocząć się jak najwcześniej (idealnie zaraz po porodzie), służyć jako pomoc w przejściu (włączając ochronę termiczną) noworodka ze środowiska *in utero* oraz przy odpowiednim i dostępnym wsparciu być kontynuowane przez całą dobę jak również przez następne dni (zależnie od okoliczności), aż do momentu, gdy noworodek jest stabilny i nie potrzebuje ścis-

łego kontaktu do utrzymania prawidłowej termoregulacji. U niektórych noworodków początkowo można stosować przerywane KMC (I-KMC), następnie zaś ciągle (C-KMC). Czas trwania poszczególnych sesji oraz ich rozkład należy uzależnić od reakcji fizjologicznych i behawioralnych noworodka i rodzica. Jeśli dziecko nie podlega kangurowaniu ciąglemu, zaleca się minimalny czas trwania pojedynczej sesji przez godzinę. KMC może być stosowane do ogrzania noworodka, jak również zapewnienia mu poczucia komfortu, stabilizacji parametrów fizjologicznych oraz reakcji behawioralnych, poprawy wzorca snu oraz dodatkowych korzyści rozwojowych (dotyczących także prawidłowego rozwoju układu nerwowego) i psychologicznych. W końcu, kangurowanie może być z powodzeniem stosowane jako metoda redukcji bólu, związanego z zabiegami medycznymi.

Osoby sprawujące opiekę podczas KMC

Trzeba w miarę możliwości unikać oddzielania dziecka od matki. KMC powinno służyć wspomaganie laktacji, inicjacji karmienia piersią oraz dłuższemu wyłącznemu karmieniu naturalnemu, jak również zaspokajaniu potrzeb psychologicznych rodziny. Kangurowanie może być wykonywane przez matkę i ojca, a także w szczególnych przypadkach przez wąskie grono innych, odpowiednio przeszkolonych osób (członków rodziny lub bliskich znajomych). Personel medyczny powinien zapewnić należyte wsparcie dla matki oraz właściwy poziom pielęgnacji i opieki w najbliższym otoczeniu matki i noworodka. Kobiecie należy zapewnić łatwy dostęp do pompy laktacyjnej oraz całego niezbędnego wyposażenia. Praktykowanie C-KMC w warunkach szpitalnych powinno umożliwiać matce/osobie zastępczej stały dostęp do dziecka (24 h/dobę, 7 dni w tygodniu), poza tym dostęp do wygodnego krzesła i/lub łóżka oraz pomoc w utrzymywaniu pozycji kangura. Matce należy udzielić informacji, w jaki sposób bezpiecznie spać z dzieckiem podczas KMC. Przez cały czas pobytu w szpitalu oraz po wypisie do domu trzeba zapewnić rodzinie pomoc i wsparcie. Ponadto należy zaangażować rodziców lub innych opiekunów w opracowanie i ocenę planu pielęgnacji dziecka. Dodatkowo konieczna jest promocja grup wsparcia, w których doświadczeni rodzice propagują KMC i pomagają w jego praktykowaniu.

Pozycja kangura

Dziecko, które powinno przylegać bezpośrednio skórą do skóry opiekuna twarzą zwróconą w jego stronę, należy umieścić w pozycji pionowej lub półpionowej na klatce piersiowej opiekuna, z kończynami zgiętymi w pozycji „żabki”, głową wyprostowaną i zwróconą w bok (nie może być przygięta do klatki piersiowej ani nadmiernie odchylona) oraz odpowiednim zabezpieczeniem przed upadkiem lub zmianą pozycji. Niezmiernie istotne jest zabezpieczenie drożności dróg oddechowych dziecka przez odpo-

wiednie ułożenie, aby zapobiegać obstrukcyjnemu bezdechowi. Noworodek może mieć założoną czapeczkę i pieluchę (albo odpowiednik) w celu zabezpieczenia przed utratą ciepła i dyskomfortem opiekuna. Osoba sprawująca opiekę potrzebuje całodobowej pomocy i asysty, niezbędnej do utrzymania właściwej pozycji. Do tego celu można posługiwać się różnymi przedmiotami, na przykład opaskami z elastycznego materiału lub innymi komercyjnymi przedmiotami, w zależności od ich dostępności oraz przekonań religijnych. Do dodatkowej izolacji termicznej dziecka służyć może umieszczenie go pod ubiorem matki oraz okrycie jego głowy i pleców. Należy nadmienić, że pozycja kangura jest wymagana również w gorącym i wilgotnym klimacie.

Karmienie piersią (konieczne jest przestrzeganie krajowych wytycznych zapobiegania zakażeniu HIV)

Wszystkie dzieci urodzone przed terminem oraz z niską masą urodzeniową należy najszybciej, jak to możliwe ułożyć przy piersi matki, nawet jeżeli początkowo nie występuje u nich odruch szukania i ssania – służy to wspieraniu laktacji. Jeżeli dziecko jest niezdolne do bezpośredniego ssania piersi, konieczna jest szybka stymulacja wytwarzania siary oraz karmienie nią noworodka poprzez łyżeczkę, kubek, strzykawkę lub sondę żołądkową. Należy unikać karmienia dziecka przed pojawieniem się mleka matki. W początkowym okresie noworodka z niską masą urodzeniową nie można karmić na żądanie; do momentu wykształcenia się prawidłowego odruchu ssania oraz potwierdzenia odpowiedniej dojrzałości, wszystkie noworodki urodzone przedwcześnie oraz chore należy karmić według harmonogramów, ewentualnie dokarmiając piersią. W przypadku nieprawidłowego wzrostu, należy wspomagać produkcję mleka matczynego, ewentualnie posługując się mlekiem od innych kobiet. Odżywek dla noworodków urodzonych przedwcześnie można używać jedynie w przypadku całkowitej niedostępności pokarmu naturalnego.

Środowisko oddziały noworodkowego

W prawidłowych warunkach matce i rodzinie powinno się zapewnić oddzielny pokój, w którym mogą spać, spożywać posiłki oraz przebywać w bliskim sąsiedztwie dziecka, jeśli nie ma przeciwwskazań. Należy ponadto zapewnić dostęp do łazienek dla całej rodziny oraz zestawów do nagłej pomocy. Od momentu narodzin środowisko otaczające dziecko powinno być przestronne oraz bez wysokiego poziomu hałasu, ponadto należy chronić oczy dziecka przed bezpośrednim działaniem źródeł światła.

Wczesny wypis, opieka w domu i program wizyt kontrolnych

Program opieki domowej musi zawierać jasne kryteria włączenia, wypisu ze szpitala, wsparcia rodziny oraz harmonogram wizyt kontrolnych. Do warunków wypisu moż-

na zaliczyć stabilny stan dziecka, utrzymywanie prawidłowej temperatury ciała w pozycji kangura, zdolność do przyjmowania posiłków drogą doustną oraz przyrost masy ciała. W ocenie zasadności kangurowania w warunkach domowych należy brać pod uwagę sytuację socjalną i środowisko domowe rodziny oraz poziom edukacji osób zajmujących się opieką nad noworodkiem. Prawidłowa edukacja składa się ze znajomości metod utrzymywania właściwej pozycji dla zapewnienia odpowiedniej ciepłoty ciała i drożności dróg oddechowych, zasad karmienia piersią oraz innych metod karmienia doustnego, jeśli ilość pokarmu naturalnego jest niewystarczająca. Poza tym opiekunowie muszą posiadać wiedzę odnośnie niepokojących objawów, świadczących o chorobie dziecka, a także bezwzględnie przestrzegać zakazu palenia tytoniu. Konieczne jest zapewnienie bezpiecznego transportu do domu i szpitala, jak również ocena poziomu wiedzy i umiejętności matki i rodziny odnośnie kangurowania oraz program wizyt kontrolnych, przynajmniej do osiągnięcia przez dziecko wieku 40 tygodni, licząc od ostatniej menstruacji matki. Program kontroli musi obejmować również opiekę długofalową w celu wczesnego wykrycia i leczenia ewentualnych niekorzystnych następstw wcześniactwa lub niskiej masy urodzeniowej.

Aspekty psychospołeczne

Istnieje dostateczna liczba dowodów pozwalająca na stwierdzenie, że metoda kangurowania zmniejsza poziom stresu u dzieci i rodziny, zwiększa pewność siebie oraz zapewnia uczucie spełnienia w nowej roli rodzica, zwłaszcza w przypadku noworodków chorych, urodzonych przedwcześnie lub z niską masą urodzeniową. Nabycie umiejętności odpowiedniej pielęgnacji i karmienia dziecka zwiększa poziom satysfakcji zarówno matki, jak i ojca dziecka. Matki młodociane lub uczące się powinny otrzymywać dodatkową opiekę i wsparcie.

Metoda kangurowania może mieć niekiedy niekorzystne następstwa lub być wręcz szkodliwa, zwłaszcza w przypadku zakażeń skóry lub uogólnionych zakażeń u matki lub nakłaniania jej do bliskiego kontaktu z dzieckiem wbrew jej woli. Do innych przeciwwskazań (bezwzględnych lub wymagających indywidualizacji) należy fizyczne upośledzenie matki, uniemożliwiające bezpieczną opiekę nad noworodkiem, depresja czy inna choroba psychiczna, jak również uzależnienie od leków i narkotyków lub podejrzenie przemocy w rodzinie. Wszystkie te czynniki należy brać pod uwagę przy planowaniu opieki, zwłaszcza w warunkach pozaszpitalnych.

Wnioski końcowe i podsumowanie

Istnieje dostateczna liczba dowodów, pozwalających na sformułowanie następujących uniwersalnych wniosków dotyczących KMC:

- Pozycja kangura zapewnia neutralne termicznie środowisko, pozwalające niedojrzałemu noworodkowi na optymalną termoregulację; pod tym względem jest co

- najmniej tak samo skuteczna jak inkubator.
- KMC wzmacnia nawiązanie właściwej więzi rodzicielskiej oraz przywiązanie; uniwersalne potrzeby ludzkie, mające zastosowanie dla noworodków i ich rodzin.
- Unikanie separacji matki i dziecka oraz możliwie wczesne umieszczenie w pozycji kangura pozwala na odrodzenie procesu więzi, zakłóconego przez przedwczesne urodzenie dziecka lub narodziny dziecka chorego.
- KMC pozwala na obniżenie częstości i poziomu depresji poporodowej oraz wzmacnia wrażliwość rodziców na bodźce płynące od dziecka.
- Wcześnie wdrożone KMC wspomaga inicjację karmienia piersią, jak również czas trwania i wyłączność karmienia naturalnego.
- KMC ma pozytywny wpływ na rozwój psychologiczny dziecka/rodziców, rozwój wzajemnej komunikacji, zrozumienia i rozpoznania społecznego, zmniejsza stres rodzicielski oraz przyczynia się do stworzenia optymalnego środowiska domowego [6].

Wyniki dostępnych badań naukowych oraz doświadczenie klinicyistów i osób mających doświadczenie w kanguowaniu skłaniają do stwierdzenia, że metoda ta jest całkowicie bezpieczna (biorąc pod uwagę ewentualne przeciwwskazania oraz sytuacje szczególne). Początkowo stosowana w przypadku niedostatku i niemożności zapewnienia odpowiedniej opieki przez instytucje medyczne, podlega wciąż ewolucji i rozszerzaniu wskazań. Niewielkie koszty oraz duże korzyści dla dziecka i rodziców powinny być wskazówką dla personelu, od którego głównie zależy edukacja rodziców oraz rozpowszechnienie tej metody. Niestety zachwyty nad technologią, zwłaszcza w krajach rozwiniętych i uprzemysłowionych stanowi dość poważną barierę, sprawiającą że metoda ta często jest postrzegana przez personel medyczny jako postępowanie niższej kategorii [3, 5, 25, 26]. Bariery te trzeba przełamywać. KMC nie należy uważać zatem za przejściową modę, lecz raczej jako „powrót do normalności”, postępowania promowanego przez samą naturę, zakłóconego przez rozwój cywilizacji i technologii.

Piśmiennictwo

- [1] World Health Organization (WHO) (2003) *Kangaroo mother care: a practical guide*. Geneva, WHO.
- [2] Venancio S.I., Almeida H. (2004) *Kangaroo Mother Care: scientific evidences and impact on breastfeeding*. J. Pediatr. (Rio J), 80(5 Suppl): S173-S180.
- [3] Boukydis Z. (2011) *Parent-infant skin-to-skin contact: parents' views versus nurses' views*. Acta Pædiatrica 100: 638-640.
- [4] Browne J.V. (2004) *Early relationship environments: physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants*. Clin. Perinatol. 31(2): 287-298.
- [5] Charpak N., Ruiz J.G., Zupan J. et al. (2005) *Kangaroo Mother Care: 25 years after*. Acta Pædiatrica 94(5): 514-522.
- [6] Nyqvist K.H., Anderson G.C., Bergman N. et al. (2010) *Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care*. Acta Pædiatrica 99: 820-826.
- [7] Martinez H.G., Rey E.S., Marshall D. (1992) *The Mother Kangaroo Programme*. Int Child Health 3: 55-67.
- [8] Cattaneo A., Davanzo R., Uxa F., Tamburlini G. (1998) *Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants*. International Network on Kangaroo Mother Care. Acta Pædiatrica 87(4): 440-445.
- [9] Anderson G.C., Chiu S.H., Dombrowski M.A. et al. (2003) *Mother-newborn contact in a randomized trial of kangaroo (skin-to-skin) care*. JOGNN 32: 604-611.
- [10] Mallet I., Bomy H., Govaert N. et al. (2007) *Le peau à peau en médecine néonatale: connaissances et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III*. Archives de pédiatrie 14: 881-886.
- [11] Dalbye R., Calais E., Berg M. (2011) *Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – a phenomenology study*. Sexual & Reprod. Healthcare 2(3): 107-111.
- [12] Castral T.C., Warnock F., Leite A.M. et al. (2008) *The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns*. European Journal of Pain 12: 464-471.
- [13] Kostandy R.R., Ludington-Hoe S.M., Cong X. et al. (2008) *Kangaroo care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates: pilot results*. Pain Management Nursing 9(2): 55-65.
- [14] Sousa Freire N.B., Santos Garcia J.B., Lamy Z.C. (2008) *Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates*. Pain, 139: 28-33.
- [15] Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N. (2007) *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database Syst Rev. (3): CD003519.
- [16] Nirmala P., Rekha S., Washington M. (2006) *Kangaroo Mother Care: effect and perception of mothers and health personnel*. Journal of Neonatal Nursing. 12: 177-184.
- [17] Carfoot S., Williamson P., Dickson R. (2005) *A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding*. Midwifery, 21: 71-79.
- [18] Carfoot S., Williamson P.R., Dickson R. (2003) *A systematic review of randomized controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breast feeding*. Midwifery. 19: 148-155.
- [19] Hake-Brooks S.J., Anderson G.C. (2008) *Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial*. Neonatal Netw. 27(3): 151-159.
- [20] Feldman R., Eidelman A.I. (2003) *Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants*. Developmental Medicine & Child Neurology 45: 274-281.
- [21] Goldstein Ferber S., Makhoul I.R. (2004) *The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo Care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial*. Pediatrics 113(4): 858-865.
- [22] Ransjo-Arvidson A.B., Matthiesen A.S., Lilja G. et al. (2001) *Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying*. Birth. 28(1): 5-12.
- [23] INK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Smith%20KM%22%5BAuthor%5D%22Smith K.M. (2007) *Sleep and kangaroo care: clinical practice in the newborn intensive care unit: where the baby sleeps*. J. Perinat. Neonatal. Nurs. 21(2): 151-157.
- [24] Charpak N., Ruiz-Pelaez J.G. (2006) *Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, an proposed solutions*. Acta Pædiatrica 95: 529-534.
- [25] Wallin L., Rudberg A., Gunningberg L. (2005) *Staff experiences in implementing guidelines for Kangaroo Mother Care –*

a qualitative study. International Journal of Nursing Studies; 42: 61-73.

- [26] Blomqvist Y.T., Nyqvist K.H. (2010) *Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care*. Journal of Clinical Nursing 20: 1472-1480.



Anna Stodolak

Zakład Pediatrii Społecznej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna we Wrocławiu
ul. Bartla 5, 51- 618 Wrocław
e-mail: anna.stodolak@am.wroc.pl

Skin-to-skin contact and kangaroo mother care of newborns – a fad or scientifically proven method?

Over last years, a method of kangaroo mother care and skin-to skin contact between one of child's parents (most commonly mother) and a neonate becomes more and more popular, not only in Poland but all over the world as well. It is based on putting a newborn child on parent's chest so as to establish cutaneous contact and also carrying a neonate in closest possible proximity. Many scientific studies have been conducted or are being held and the majority of them attempts to prove its benefits and advantages concerning many aspects of both children's and their parents' lives. On the other hand, there is a growing need to alternative methods of conducting gestation and finalizing childbirth, e.g. vertical, water, family and home-oriented approaches. Efficacy of the aforementioned methods is difficult to be proven in all cases, moreover, in the contemporary times of ubiquitous advertisements and marketing, it is reasonable to suspect that at least part of the novelties is introduced mainly to fulfill the needs of ever-demanding and snobbish market. Here a question is rising – is the mentioned approach only a temporary fashion and fad directed to normality-bored and new-experience-seeking parents or does it have a solid and scientifically-proven background? The purpose of this paper is to describe scientific basis and solid proofs on efficacy of kangaroo mother care method as well as to show some of its aspects. It should be emphasized it cannot be applied in all cases and positive results and benefits depend mainly on parents' knowledge, which can be possessed by means of health care professionals, principally midwives and nurses.

Key words: newborn, kangaroo mother care, skin-to-skin contact, evidence-based medicine