

PRZYCZYNY OPÓŹNIENIA LUB ZANIECHANIA WCZESNEGO KONTAKTU SKÓRA DO SKÓRY NOWORODKÓW I ICH MATEK

Delay or failure in early skin-to-skin contact between neonates and their mothers

Dominika Niemyjska-Matulka¹, Barbara Baranowska², Dorota Sys³, Piotr Węgrzyn⁴

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny (studentka kierunku Położnictwo)

² Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

³ Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

⁴ Klinika Położnictwa i Perinatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: bbaranowska@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Pierwszy kontakt „skóra do skóry” (STS – skin-to-skin) polega na ułożeniu nagiego noworodka bezpośrednio po narodzinach, jeszcze przed przecięciem pępowiny, na nagiej piersi matki. Mimo iż kontakt „skóra do skóry” przynosi wiele korzyści zarówno dla matki, jak i dziecka, co udowodniono w wielu badaniach medycznych, nadal bywa niedoceniany, pomijany lub błędnie realizowany.

Cel pracy. Analiza przyczyn zaniechania i opóźnienia pierwszego kontaktu między matką i dzieckiem bezpośrednio po porodzie wśród kobiet rodzących w Szpitalu św. Zofii w Warszawie w roku 2017.

Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiło 7036 porodów, jakie odbyły się od początku stycznia do końca grudnia 2017 r. w Szpitalu św. Zofii w Warszawie. Wykonano retrospektywną analizę danych matek oraz dzieci, u których nie było pierwszego kontaktu bezpośrednio po porodzie. Brano pod uwagę wiek ciążowy, drogę porodu, powikłania śródporodowe, stan dziecka.

Wyniki. Średnia wieku rodzących wynosiła 33 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety między 31. a 35. rokiem życia. Cięższe wielopłodowe stanowiły 3,7%. Większość porodów, bo aż 87,3%, odbyło się o czasie. 89% stanowiły porody operacyjne. Najczęstszą przyczynę opóźnienia pierwszego kontaktu stanowił poród operacyjny – 41%.

Wnioski. Większość dzieci po porodzie doświadcza kontaktu „skóra do skóry”. Wśród dzieci, które nie odbyły kontaktu „skóra do skóry”, większość stanowiły dzieci donoszone, w dobrym stanie, rozdzielone z powodu operacyjnej drogi porodu.

Słowa kluczowe: opóźnienie, zaniechany kontakt „skóra do skóry”, pierwszy kontakt po porodzie.

SUMMARY

Background. The first skin-to-skin contact (STS) consists of placing a naked newborn immediately after birth, before the umbilical cord is cut, on the mother's naked breast. Although skin to skin contact has many benefits for both mother and child, as has been proven in many medical tests, it is still underestimated, overlooked or misdiagnosed.

Objectives. The aim of the study was to analyze the reasons for abandoning and delaying the first contact between mother and child immediately after giving birth to women at Hospital name's St. Zofia in Warsaw in 2017.

Material and methods. The research material was 7036 births that took place from the beginning of January to the end of December 2017 at the Hospital St. Zofia in Warsaw. A retrospective analysis of the data of mothers and children who did not have their first contact immediately after delivery was performed. The gestational age, delivery route, intra-abdominal complications, and the child's condition were taken into account.

Results. The average age was 33 years. The most numerous group were women between 31 and 35 years old. The multi-fertile pregnancies accounted for 3.7%. Most births, as much as 87.3% took place on time. 89% was an operating delivery. The most frequent cause of delay in the first contact was surgical delivery – 41%.

Conclusions. Most children experience skin-to-skin contact after childbirth. Among children who did not have skin-to-skin contact, the majority were full-term children, separated by an operative delivery route.

Key words: delay, failure skin-to-skin contact, first contact after birth.

WSTĘP

Pierwsze kilka godzin po porodzie jest kluczowe dla prawidłowego rozwoju i adaptacji wszystkich układów nowo narodzonego dziecka. Szczególne znaczenie w tym czasie ma obecność matki, jej ciepło, bliskość oraz pokarm. Przebieg tego okresu wpływa także na stan psychiczny oraz emocjonalny położnicy. Kobiety z pozytywnym doświadczeniem porodowym w zakresie wczesnego kontaktu z dzieckiem deklarują mniejsze zmęczenie fizyczne i stres związany z porodem oraz większą samodzielność i zaradność w wychowywaniu dzieci [1–5].

Pierwszy kontakt „skóra do skóry” (STS – skin-to-skin) polega na ułożeniu nagiego noworodka bezpośrednio po narodzinach, jeszcze przed przecięciem pępowiny, na nagiej piersi matki. Zaleca się, aby kontakt ten trwał nieprzerwanie przynajmniej przez 2 godziny. W okresie tym należy zachęcać matkę do rozpoznawania gotowości dziecka do ssania piersi, która najczęściej będzie się manifestować odruchem szukania i ssania piąstki. Jeśli kobieta zauważy taką potrzebę, należy pomóc jej dobrać odpowiednią pozycję oraz przystawić dziecko do piersi [6–7].

Wyróżniamy bezpośredni kontakt – rozpoczęty do 10 minut po porodzie oraz bardzo wczesny (tzw. opóźniony) – rozpo-

częty do 30–40 minut po porodzie. Mimo iż kontakt „skóra do skóry” przynosi wiele korzyści zarówno dla matki, jak i dziecka, co udowodniono w wielu badaniach medycznych, nadal bywa niedoceniany, pomijany lub błędnie realizowany [4]. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Fundację Rodzić po Ludzku opublikowanych w 2017 r., 84% szpitali w Polsce prawidłowo realizuje opisany w standardach okołoporodowych pierwszy kontakt „skóra do skóry” po porodzie drogami natury, układając nagiego noworodka na piersiach lub brzuchu matki i przykrywając go pieluszką lub kocykiem [8]. Jednak już tylko w 32% badanych szpitali kontakt ten trwa nieprzerwanie przez 2 godziny. Badania ogólnopolskie pokazują, że w większości placówek już po kilkunastu minutach dziecko jest zabierane od matki, kładzione w kąciku noworodkowym, mierzone, ważone, czasami szczepione oraz ubierane. Potem ubrane lub owinięte w becik wraca w ramiona matki, gdzie odbywa się próba przystawienia go do piersi [8–10].

Prawidłowy pierwszy kontakt, połączony z karmieniem piersią, to optymalny początek laktacji, który stwarza warunki do prawidłowego rozwoju fizycznego oraz emocjonalnego dziecka. U matek, które miały po porodzie możliwość bezpośredniego kontaktu „skóra do skóry”, obserwuje się większą łatwość w bu-

dowaniu więzi i wzajemnej miłości ze swoim dzieckiem. Kobiety te mają lepszy nastrój, rzadziej występuje u nich depresja poporodowa, są bardziej wrażliwe i wyczulone na potrzeby dziecka, mają większe poczucie kompetencji rodzicielskich, deklarują większą wiarę we własne możliwości i zdolności do samodzielnej opieki nad dzieckiem, mają większe szanse na udane rozpoczęcie i utrzymanie laktacji [4, 11–13].

Zdarzają się jednak sytuacje, w których konieczne jest chwilowe lub długotrwałe rozdzielenie matki i dziecka po porodzie, a tym samym odroczenie pierwszego kontaktu. Należą do nich m.in.: ciężki stan matki i konieczność interwencji, np. w przypadku masywnego krwotoku, stanu przedrzucawkowego, ataku padaczki czy zaburzeń krążenia lub oddychania; matka pod wpływem środków odurzających lub alkoholu; poród przedwczesny i stan wcześniaka wymagający umieszczenia go w inkubatorze bezpośrednio po porodzie; konieczność podjęcia resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka [4].

Kontrowersyjne jest natomiast zaniechanie pierwszego kontaktu w przypadku, kiedy matka jest nosicielką wirusa HIV, gdyż sam kontakt „skóra do skóry” nie powoduje transmisji wirusa. Kolejnym przykładem są wcześniaki urodzone blisko terminu porodu, wydolne krążeniowo i oddechowo oraz w dobrym stanie ogólnym, a także noworodki z wadą rozwojową, ale nie zagrażającą ich życiu i nie wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej po porodzie. Podobnie jest w przypadku cięcia cesarskiego, w którym zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia kontakt „skóra do skóry” powinien nastąpić najszybciej jak to możliwe, już na sali operacyjnej, optymalnie przed upływem 2 godzin od porodu [14]. W przypadku porodu zabiegowego, z użyciem kleszczy lub próżnociągu, a także podczas porodu miednicowego, jeśli stan matki i dziecka jest dobry, kontakt ten powinien przebiegać bez żadnych zakłóceń bezpośrednio po porodzie. W ciąży mnogiej, po porodzie pierwszego bliźniaka, można ułożyć go na klatce piersiowej matki lub ewentualnie ojca, a następnie oba noworodki, jeśli tylko pozwala na to ich stan zdrowia, pozostawić z matką w kontakcie STS. Powyższe sytuacje nie stanowią więc medycznych przeciwwskazań do podjęcia kontaktu „skóra do skóry” [10].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza przyczyn zaniechania bezpośredniego pierwszego kontaktu między matką i dzieckiem bezpośrednio po porodzie wśród kobiet rodzących w Szpitalu św. Zofii w Warszawie w roku 2017.

MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy stanowiło 7036 porodów, jakie odbyły się od początku stycznia do końca grudnia 2017 r. w Szpitalu św. Zofii w Warszawie, szpitalu III stopnia referencyjności. Odsetek cięć cesarskich wynosił 31,5% wszystkich porodów. Po wykluczeniu dzieci martwo urodzonych oraz tych, u których pierwszy kontakt po porodzie został zachowany, wyłoniono grupę badaną liczącą 2293 dzieci (tab. 1). Wykonano retrospektywną analizę danych matek oraz dzieci, u których nie było pierwszego kontaktu w okresie do 40 minut po porodzie. Oceniano zatem sytuacje, w których nie było bezpośredniego lub bardzo wczesnego (opóźnionego) kontaktu „skóra do skóry” między matką i dzieckiem, rozpoczętego nie później niż 40 minut od narodzin, po wykonaniu koniecznych czynności wspierających adaptację dziecka zgodnie z definicją Agudelo i wsp. [15]. Na podstawie retrospektywnej analizy nie dało się ustalić, czy pierwszy kontakt był zaniechany, czy tylko odroczone, a jedynie, czy odbył się w okresie 40 minut po porodzie. Brano pod uwagę wiek ciążowy, drogę porodu, powikłania śródporodowe, stan dziecka.

Tabela 1. Liczba dzieci urodzonych w szpitalu św. Zofii w Warszawie w 2017 r.

Dzieci żywo urodzone		Dzieci martwo urodzone
11824		15
STS	brak STS	
9531	2293	

Dane analizowano za pomocą statystyki opisowej przy wykorzystaniu programu Excel.

WYNIKI

Kobiety biorące udział w badaniu można podzielić ze względu na wiek, liczbę posiadanego potomstwa, a także poziom wykształcenia. Ogólną charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 2. Rodzące były w wieku od 19 do 47 lat. Średnia wieku wynosiła 33 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety między 31. a 35. rokiem życia. Zdecydowana większość rodzących posiadała wykształcenie wyższe. Dla prawie połowy badanych kobiet była to pierwsza ciąża. Cięższe wielopłodowe stanowiły 3,7% (w tym 3 ciążę trojacze, 79 ciąż bliźniaczych).

Tabela 2. Charakterystyka grupy badanej, $n = 2207$

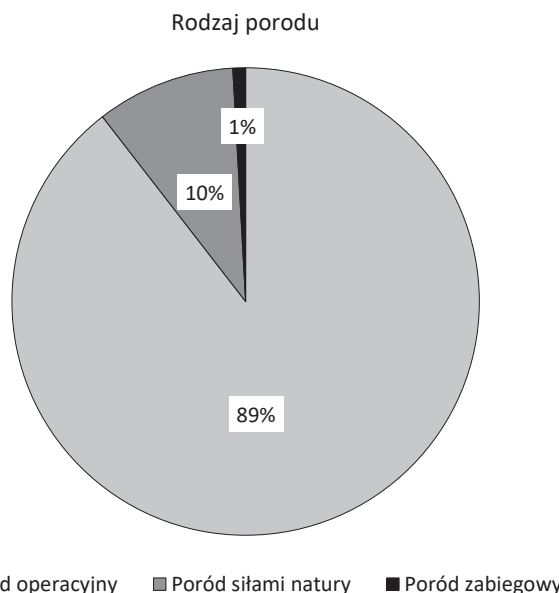
Charakterystyka grupy		Liczba i odsetek rodzących n (%)
Wiek	do 25. r.ż.	71 (3,2%)
	25–30 r.ż.	581 (26,3%)
	31–35 r.ż.	957 (43,5%)
	36–40 r.ż.	502 (22,7%)
	powyżej 41. r.ż.	96 (4,3%)
Rodność	pierworódki	1050 (48%)
	wieloródki	1157 (52%)
Wykształcenie	podstawowe	14 (0,6%)
	gimnazjalne	2 (0,1%)
	zawodowe	61 (2,8%)
	średnie	265 (12%)
	wyższe	1865 (84,5%)

Przeanalizowano grupę badaną pod względem klasyfikacji wskazującej na czas zakończenia ciąży. Zdecydowaną większość stanowiły porody o czasie (tab. 3).

Tabela 3. Klasyfikacja porodów ze względu na termin ich ukończenia, $n = 2207$

Tydzień ukończenia ciąży	Liczba ciąż n (%)
Poród ekstremalnie przedwczesny (23–25 + 6 tyg.)	20 (0,9%)
Poród skrajnie przedwczesny (26–27 + 6 tyg.)	14 (0,6%)
Poród bardzo przedwczesny (28–31 + 6 tyg.)	44 (2,1%)
Poród przedwczesny (32–36 + 6 tyg.)	202 (9,1%)
Poród o czasie (37–42 tyg.)	1927 (87,3%)

W badanej grupie większość porodów odbyło się przez cięcie cesarskie. Poród pochwowy stanowił jedynie (11%) (ryc. 1).



Rycina 1. Podział badanych ze względu na sposób ukończenia porodu, $n = 220$

Dzieci, u których nie przeprowadzonego kontaktu „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie zarówno w pierwszej, jak i w dziesiątej minucie życia zazwyczaj oceniane były jako w dobrym stanie (tab. 4).

Tabela 4. Ocena stanu noworodka w skali Apgar w 1. i 10. minucie życia, $n = 2293$

Liczba dzieci Stan dziecka	1. minuta życia	10. minuta życia
Ciężki (< 4 pkt. w skali Apgar)	35 (1,5%)	6 (0,3%)
Średni (4–7 pkt. w skali Apgar)	147 (6,4%)	23 (1%)
Dobry (8–10 pkt. w skali Apgar)	2107 (91,9%)	2226 (97,1%)
Brak oceny	4 (0,2%)	38 (1,6%)

Przyczyny zaniechania pierwszego kontaktu zaraz po porodzie związane były przede wszystkim z drogą porodu, ale także wiązały się z nieprawidłowościami u dziecka oraz w niewielkim stopniu związane były ze stanem matki (tab. 5).

Tabela 5. Przyczyny zaniechania/opóźnienia pierwszego kontaktu po porodzie, $n = 2387$

Przyczyny zaniechania/opóźnienia kontaktu STS	Liczba wskazań n (%)
Poród operacyjny (noworodek donoszony)	902 (41%)
Podejrzanie infekcji wewnątrzmacicznej	404 (18,3%)
Wcześnieactwo	231 (10,5%)
Noworodek matki z cukrzycą ciężarnych	178 (8,1%)
Niewydolność oddechowa	172 (7,8%)
Zespół zaburzeń oddychania	142 (6,4%)
Krwiak podokostnowy	23 (1%)
Wady wrodzone	17 (0,8%)
Stan matki	109 (4,9%)
Przyczyna nie ustalona	28 (1,2%)

DYSKUSJA

Wyniki badania pokazują, że u 68% matek i dzieci przeprowadzono kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie. Stanowi to wysoki odsetek w stosunku do danych pochodzących z badań ogólnopolskich. Zgodnie z analizą przeprowadzoną w grupie 26 tysięcy kobiet po porodzie siłami natury w 2006 r., jedynie 11% kobiet i ich dzieci mogło doświadczyć kontaktu „skóra do skóry”, który trwał ponad 30 minut [1]. Według danych z 2013 r. zebranych w 10 wybranych szpitalach województwa mazowieckiego, aż w 9 z nich kontakt „skóra do skóry” był realizowany w nieprawidłowy sposób [9]. Wyniki ostatnich badań z 2018 r. wykazały, iż 38,5% badanych kobiet deklarowała 2-godzinny pierwszy kontakt po porodzie [16].

Analiza porodów, które odbyły się w 2017 r. w szpitalu św. Zofii w Warszawie, wykazała, iż zaniechanie pierwszego kontaktu po porodzie dotyczy prawie 1/3 wszystkich porodów. Mimo iż wśród tych porodów ponad 87% odbyło się o czasie, a stan 92% nowo narodzonych dzieci został oceniony w skali Apgar jako dobry, kontakt między matką a dzieckiem został zaniechany. Zgodnie ze „Standardem opieki okołoporodowej” kontakt „skóra do skóry” powinien trwać nieprzerwanie 2 godziny. W tym czasie noworodek powinien przebywać w bezpośrednim kontakcie z matką, a wszystkie czynności związane z pomiarami antropometrycznymi i zabiegami profilaktycznymi powinny być odroczone i wykonane dopiero po upływie tego czasu. Wyjątek stanowią tylko sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia matki i dziecka [6]. W naszym badaniu jedynie 7,9% dzieci w 1. minucie życia osiągało mniej niż 8 punktów w skali Apgar, a stan matki uniemożliwiający prowadzenie pierwszego kontaktu odnotowano w 4,9% przypadków. Jedynie 30% opisywanych przez nas przypadków zaniechania pierwszego kontaktu wynikało z bezwzględnych przeciwwskazań medycznych. Uwzględniając dodatkowo porody mnogie, w których trudno zapewnić wszystkim dzieciom pierwszy kontakt równocześnie (choć nie jest to niemożliwe), wciąż w ponad połowie wszystkich przypadków wska-

zania do zaniechania tego kontaktu były względne. W odniesieniu do przyczyny związanej z porodem przedwczesnym trudno ustalić, czy rozdzielenia matki i dziecka można było uniknąć.

Standard opieki okołoporodowej dotyczy porodu fizjologicznego i nie precyzuje postępowania w przypadku porodu operacyjnego. Z przeprowadzonej retrospektywnej analizy danych wynika, iż cięcie cesarskie jest jedną z głównych przyczyn omińnięcia pierwszego kontaktu i w 41% stanowiło jedyny powód tego postępowania. W badaniu ogólnopolskim, po cięciu cesarskim aż 95% noworodków zabierano od razu od matek lub pozostawiano z nimi tylko na kilka minut [1]. Zgodnie z wytycznymi WHO i zasadami Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku zaleca się, aby po cięciu cesarskim odbywającym się w znieczuleniu przewodowym pierwszy kontakt odbył się tak samo szybko, jak po porodzie siłami natury, natomiast po porodzie w znieczuleniu ogólnym powinien nastąpić najszybciej jak to możliwe, optymalnie przed upływem 2 godzin od porodu. Możliwe jest opóźnienie pierwszego kontaktu, ale nie jego całkowite zaniechanie [14, 17]. W Stanach Zjednoczonych 75% kobiet, które rodzą drogą cięcia cesarskiego, jest rozdzielanych bezpośrednio po operacji z dzieckiem na co najmniej godzinę [18]. Badania nie wykazują negatywnych wyników położniczo-noworodkowych związanych z bezpośrednim kontaktem „skóra do skóry” po cięciu cesarskim, a wręcz udowadniają korzystny wpływ tej procedury na wyniki związane z karmieniem piersią i stanem emocjonalnym matek po porodzie [19–23]. Mimo istniejących dowodów naukowych przemawiających za bezpieczeństwem i skutecznością tego postępowania odsetki pierwszego kontaktu po cięciu cesarskim są wciąż niezadowolające.

Warto podkreślać, że przebieg porodu i pierwsze godziny po nim w znaczący sposób wpływają nie tylko na prawidłową kolonizację ciała noworodka fizjologiczną florą bakteryjną skóry matki, ale przede wszystkim wspierają stabilizację metaboliczną i neurobehawioralną dziecka. Pierwszy kontakt wpływa na prawidłowe budowanie więzi między matką i noworodkiem, obniża ryzyko depresji poporodowej oraz kształtuje prawidłowy przebieg laktacji. Szczególnie ważną rolę położnych jest więc prowadzenie porodu i opieki poporodowej w taki sposób, aby w jak największej mierze przyczynić się do prawidłowego przebiegu tych procesów. Dlatego też należy unikać zaburzania lub zaniechania pierwszego kontaktu między matką i dzieckiem z przyczyn organizacyjnych na oddziale czy z wygody personelu. Szczególnie w świetle wyników najnowszych badań opublikowanych w 2018 r. na łamach czasopisma BMC Pediatrics, według których to brak odpowiedniej liczby personelu medycznego lub jego nieodpowiednie przeszkolenie były główną przyczyną zaniechania kontaktu STS [24].

W sytuacji braku możliwości prowadzenia pierwszego kontaktu bezpośrednio po porodzie warto przeprowadzić kangurowanie w późniejszym okresie, lub ewentualnie zapewnić możliwość kangurowania dziecka przez ojca [25].

WNIOSKI

- Większość dzieci po porodzie doświadcza kontaktu „skóra do skóry”.
- Wśród dzieci, które nie odbyły kontaktu „skóra do skóry”, większość stanowiły donoszone dzieci, w stanie dobrym, rozdzielone z powodu operacyjnej drogi porodu.
- Na podstawie dokumentacji medycznej nie da się ustalić, czy kontakt „skóra do skóry” odbył się bezpośrednio po porodzie, czy był opóźniony. Warto zaznaczać w dokumentacji, ile minut po porodzie rozpoczęto kontakt STS.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Kubicka-Kraszyńska U, Otfinowska A. *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po Ludzku” 2006*. Warszawa: Fundacja Rodzić o Ludzku; 2006.
- Oslislo AM, Otfinowska A. *Najważniejsza chwila w życiu: o pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji*

w placówkach położniczych w Polsce. Warszawa: Fundacja Rodzić o Ludzku; 2008.

- Adeli M, Aradmehr M. A comparative study of maternal-neonate abdominal and kangaroo (skin-to-skin) skin contact immediately after birth on maternal attachment behaviours up to 2 months. *J Educ Health Promot* 2018; 7: 42.

4. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD003519.
5. Baranowska B. *Pierwszy kontakt w wymiarze fizjologicznym*. W: Otfinowska A, red. *Wokół porodu. Wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2017: 17–22.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756).
7. Baranowska B. *Jak powinno wyglądać pierwsze spotkanie nowej rodziny po porodzie siłami natury i cesarskim cięciu?* W: Otfinowska A, red. *Wokół porodu. Wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2017: 9–16.
8. Doroszevska A. *Raport z monitoringu oddziałów położniczych: medykacja porodu w Polsce*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2017.
9. Baranowska B, Kubicka U, Tyminska A. *Raport. Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2013.
10. Stodolak A, Fuglewicz A. Kontakt skóra do skóry i kangurowanie noworodków – chwilowa moda czy naukowo udowodniona metoda? *Perinatol Neonatol Ginekol* 2012; 5(1): 19–25.
11. Konkel M, Czerwińska-Osipiak A, Łukaszuk K, i wsp. Udział położnej w kształtowaniu więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu. *Probl Pielęg* 2015; 23(1): 99–103.
12. Baranowska B. *Pierwszy kontakt a wskaźniki dotyczące karmienia piersią*. W: Otfinowska A, red. *Wokół porodu. Wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2017: 26–29.
13. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal F, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact in the maintenance of exclusive breastfeeding: experience in a health department in Spain. *J Hum Lact* 2018; 34(2): 304–312.
14. World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: World Health Organization – Department of Reproductive Health and Research; 2003.
15. Agudelo S, Gamboa O, Rodríguez F, et al. The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials* 2016; 17(1): 521.
16. Adamska-Salama I, Baranowska B, Doroszevska A, i wsp. *Raport z monitoringu Oddziałów Położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2018.
17. WHO & UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. WHO, UNICEF; 2017.
18. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, et al. *Listening to mothers SM III: pregnancy and birth*. New York: Childbirth Connection; 2013.
19. Armbrust R, Hinkson L, von Weizsacker K, et al. The Charite cesarean birth: a family orientated approach of cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016; 29(1): 163–168.
20. Boyd MM. Implementing skin-to-skin contact for cesarean birth. *AORN J* 2017; 105(6): 579–592.
21. Kollmann M, Aldrian L, Scheuchenegger A, et al. Early skin-to-skin contact after cesarean section: a randomized clinical pilot study. *PLoS ONE* 2017; 12(2): e0168783.
22. Schneider LW, Crenshaw JT, Gilder RE. Influence of immediate skin-to-skin contact during cesarean surgery on rate of transfer of newborns to NICU for observation. *Nurs Womens Health* 2017; 21(1): 28–33.
23. Sundin CS, Mazac LB. Implementing skin-to-skin care in the operating room after cesarean birth. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015; 40(4): 249–255.
24. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, et al. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates – a qualitative study. *BMC Pediatr* 2018; 18(1): 48, doi: 10.1186/s12887-018-1033-y.
25. Velandia M, Uvnas-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatr* 2012; 101(4): 360–367.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Barbara Baranowska
 Zakład Położnictwa
 Centrum Medyczna Kształcenia Podyplomowanego
 ul. Żelazna 90
 01-004 Warszawa
 Tel.: 509 083 263
 E-mail: bbaranowska@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 08.02.2019 r.

Po recenzji: 25.03.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 28.03.2019 r.