

C.Z.U.: [613.953.11:614.2](478)

DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.52692/1857-0011.2025.2-82.05](https://doi.org/10.52692/1857-0011.2025.2-82.05)

EVALUAREA PRACTICILOR DE SPRIJIN A ALĂPTĂRII ÎN MATERNITĂȚILE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Olga CÎRSTEA, dr. șt. în med., conf. univ., ORCID: 0000-0002-4213-1071,

Natalia PRISĂCARU, studentă, facultatea Asistență medicală generală,

Ninel REVENCO, dr. hab. în șt. med., prof. univ., ORCID: 0000-0002-5229-7841

Departamentul Pediatrie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

e-mail: olga.cirstea@usmf.md

Rezumat.

Alăptarea exclusivă în primele 6 luni de viață este recunoscută la nivel internațional ca fiind esențială pentru sănătatea copilului și a mamei. În Republica Moldova, ca și în alte țări din regiune, există discrepanțe între recomandările oficiale și practicile din teren, influențate de factori precum tipul de naștere, sprijinul medical și accesul la informații corecte. *Scopul prezentului studiu* a fost de a analiza experiențele mamelor privind nașterea, alăptarea copilului și suportul oferit de personalul medical în maternități. *Metodologie.* Studiul a fost realizat pe baza răspunsurilor unui chestionar online, care a urmărit să colecteze opinii și experiențe privind aplicarea principiilor „Spitalului Prietenos Copilului” – inițiativă globală, promovată de Organizația Mondială a Sănătății și UNICEF. Instrumentul a evaluat: caracteristicile nașterii, modul de hrănire al copilului în primele 6 luni, sprijinul și informațiile primite de la personalul medical privind alăptarea. Datele au fost analizate descriptiv, prin frecvențe și proporții. *Rezultate.* Analizând modul de hrănire a copilului în primele 3 luni, se observă că doar două treimi dintre copii (64,9%) au beneficiat de alăptare exclusivă la sân. Un sfert dintre mame (25,7%) au combinat sânul cu amestecul lactat, iar o proporție mai mică (9,4%) au hrănit copilul doar cu amestec lactat. Între 3 și 6 luni, ponderea alăptării exclusive a crescut la 70,3% cazuri, în timp ce 18,9% din mame au continuat doar cu amestec lactat, iar 10,8% au menținut o combinație între sân și supliment. În ceea ce privește sprijinul în maternitate, 35,1% de mame nu au beneficiat de ajutor pentru poziționarea și atașarea corectă a copilului la sân, 13,5% au primit recomandarea incorectă de a alăpta la intervale fixe (la 2–3 ore), 12,2% de mame nu au primit niciun sfat privind frecvența alăptării, iar 29,7% de mame au afirmat că nu au primit nicio informație privind durata unei sesiuni de alăptare. *Concluzii.* Studiul sugerează necesitatea standardizării recomandărilor privind alăptarea, pentru a asigura informații coerente și bazate pe dovezi, formării continue a personalului medical în maternități, în special pentru tehnici practice de sprijin al mamelor, și promovarea unor politici clare și unitare care ar putea contribui la creșterea duratei și calității alăptării în Republica Moldova.

Cuvinte cheie: alăptare exclusivă, inițiativa „Spitalul Prietenos Copilului”, nutriția nou-născutului și sugarului, sprijin în maternitate.

Summary. Assessment of breastfeeding support practices in maternity wards in the Republic of Moldova.

Exclusive breastfeeding during the first six months of life is internationally recognized as essential for the health of both the child and the mother. In the Republic of Moldova, as in other countries in the region, there are discrepancies between official recommendations and practices in the field, influenced by factors such as type of birth, medical support, and access to accurate information. *The purpose of this study* was to analyze mothers' experiences regarding childbirth, infant feeding, and the support provided by medical staff in maternity wards. *Methodology.* The study was based on responses to an online questionnaire, which sought to collect opinions and experiences regarding the application of the principles of the „Baby-Friendly Hospital” Initiative, promoted by the World Health Organization and UNICEF. The tool assessed: the characteristics of childbirth, how the child was fed in the first 6 months, and the support and information received from medical staff regarding breastfeeding. The data were analyzed descriptively, using frequencies and proportions. *Results.* Analyzing infant feeding in the first 3 months, it was found that only two-thirds of infants (64.9%) were exclusively breastfed. A quarter of mothers (25.7%) combined breastfeeding with formula, and a smaller proportion (9.4%) fed their babies only formula. Between 3 and 6 months, the proportion of exclusive breastfeeding increased to 70.3% of cases, while 18.9% of mothers continued with formula only, and 10.8% maintained a combination of breastfeeding and formula. In terms of support in the maternity ward, 35.1% of mothers did not receive help with the correct positioning and attachment of the baby to the breast, 13.5% received the incorrect recommendation to breastfeed at fixed intervals (every 2–3 hours), 12.2% of mothers did not receive any advice on breastfeeding frequency, and 29.7% of mothers stated that they did not receive any information on the duration of a breastfeeding session. *Conclusions.* The study suggests the need to standardize breastfeeding recommendations to ensure consistent and evidence-based information, continuous training of medical staff in maternity wards, especially in practical techniques to support mothers, and the promotion of clear and uniform policies that could contribute to increasing the duration and quality of breastfeeding in the Republic of Moldova.

Keywords: exclusive breastfeeding, the „Baby-Friendly Hospital” initiative, nutrition of newborns and infants, support in maternity wards.

Резюме. Оценка практик поддержки грудного вскармливания в родильных домах Республики Молдова.

Исключительное грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни признано на международном уровне как необходимое для здоровья ребенка и матери. В Республике Молдова, как и в других странах региона, существуют расхождения между официальными рекомендациями и практикой на местах, на которые влияют такие факторы, как тип родов, медицинская поддержка и доступ к достоверной информации. *Целью настоящего исследования* было проанализировать опыт матерей в отношении родов, кормления ребенка и поддержки, оказываемой медицинским персоналом в родильных домах. *Методология.* Исследование было проведено на основе ответов на онлайн-анкету, целью которой было собрать мнения и опыт относительно применения принципов «Больницы доброжелательной к ребенку» – глобальной инициативы Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Инструмент оценивал: особенности родов, способ кормления ребенка в первые 6 месяцев, поддержку и информацию, полученную от медицинского персонала по вопросам грудного вскармливания. Данные были проанализированы описательно, по частоте и пропорциям. *Результаты.* Анализируя способ кормления ребенка в первые 3 месяца, можно заметить, что только две трети детей (64,9%) получали исключительно грудное вскармливание. Четверть матерей (25,7%) сочетали грудное вскармливание с молочной смесью, а меньшая доля (9,4%) кормили ребенка только молочной смесью. В период от 3 до 6 месяцев доля исключительно грудного вскармливания выросла до 70,3% случаев, в то время как 18,9% матерей продолжали кормить только смесью, а 10,8% сохранили смешанное вскармливание. Что касается поддержки в родильном доме, 35,1% матерей не получили помощи в правильном положении и прикладывании ребенка к груди, 13,5% получили неверную рекомендацию кормить грудью через фиксированные промежутки времени (каждые 2–3 часа), 12,2% матерей не получили никаких советов относительно частоты кормления грудью, а 29,7% матерей заявили, что не получили никакой информации о продолжительности кормления грудью. *Выводы.* Исследование указывает на необходимость стандартизации рекомендаций по грудному вскармливанию для обеспечения последовательной и основанной на доказательствах информации, непрерывного обучения медицинского персонала в родильных домах, особенно в области практических методов поддержки матерей, а также продвижения четкой и единой политики, которая могла бы способствовать увеличению продолжительности и качества грудного вскармливания в Республике Молдова.

Ключевые слова: исключительно грудное вскармливание, инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку», питание новорожденных и грудных детей, поддержка в родильном доме.

Introducere.

Alăptarea exclusivă la sân aduce beneficii majore atât pentru nou-născuți, cât și pentru mame. Practica contactului piele-pe-piele imediat după naștere contribuie la reglarea temperaturii nou-născutului și facilitează inițierea lactației. Colostrul, primul lapte de culoare gălbuie sau aurie, secretat în prima oră după naștere, oferă o nutriție esențială și un aport crescut de factori imunologici, reducând incidența infecțiilor neonatale și mortalitatea asociată [16]. Laptele matern conține toți nutrienții necesari pentru creșterea și dezvoltarea sănătoasă a sugarului în primele șase luni de viață [18].

Inițierea timpurie a alăptării, în prima oră după naștere, prelungește durata alăptării exclusive, stimulează producția de lapte, consolidează legătura afectivă dintre mamă și sugar și favorizează contracția uterină precoce, cu expulzarea eficientă a placentei și reducerea riscului de hemoragie postpartum [13, 21]. Alăptarea este considerată unul dintre cele mai importante comportamente de sănătate modificabile din primii ani de viață, cu impact major asupra reducerii morbidității și mortalității infantile [8].

Beneficiile imediate ale alăptării exclusive includ protecția împotriva infecțiilor copilăriei, precum diareea, pneumonia și otita medie [9]. Pe termen lung, s-a demonstrat că alăptarea reduce riscul de carii dentare, obezitate și diabet zaharat de tip 2, îmbunătățind în același timp dezvoltarea cognitivă [7]. De asemenea, există dovezi privind adaptări biologice la nivel celular, inclusiv o asociere între alăptare și un conținut mai ridicat de ADN mitocondrial în adolescență [4].

Alăptarea are efecte protectoare și asupra sănătății pe termen lung, reducând prevalența supraponderalității, a obezității și a unor boli cronice, precum diabetul de tip 2 [3, 5, 12, 18]. La nivel global, se estimează că extinderea practicilor optime de alăptare ar putea salva anual peste 820.000 de copii sub cinci ani, deoarece sugarii care nu sunt alăptați prezintă riscuri semnificativ mai mari de mortalitate prin infecții și alte cauze [1, 21].

Măsurarea alăptării și a comportamentelor asociate hrănirii sugarilor este un proces complex, dată fiind interacțiunea dintre alăptarea la sân și alte practici alimentare, precum utilizarea formulei pentru sugari, introducerea altor lichide (lapte de

vacă, sucri, siropuri) sau diversificarea timpurie cu alimente complementare moi, semisolide ori solide. Studiile arată că introducerea formulei și a altor lichide sau alimente înainte de vârsta recomandată este asociată cu o creștere rapidă în greutate în perioada de sugar și cu un risc crescut de supraponderalitate, obezitate și alte boli cronice la vârsta adultă [10, 11]. Astfel, protejarea și promovarea alăptării, împreună cu menținerea unor comportamente de hrănire în acord cu recomandările internaționale, reprezintă o prioritate cheie de sănătate publică.

Pentru a sprijini acest obiectiv, OMS și UNICEF au lansat în 1991 Inițiativa „Spital Prietenos Copilului” (*Baby Friendly Hospital Initiative*), menită să promoveze și să protejeze sănătatea maternă și infantilă prin încurajarea și susținerea alăptării în unitățile medicale de maternitate [6]. Aceasta face parte, de asemenea, din Strategia globală pentru alimentația sugarilor și copiilor mici [20]. Cei zece pași ai Inițiativei „Spital Prietenos Copilului” pentru o alăptare de succes constituie ghiduri bazate pe dovezi pentru schimbări de politică, instruirea personalului și implementarea bunelor practici. Unitățile medicale și cadrele sanitare joacă un rol central în aplicarea Inițiativei „Spital Prietenos Copilului” [13], iar OMS acordă acreditarea doar acelor maternități care implementează integral cei zece pași; în lipsa acestora, acreditarea nu este posibilă.

În pofida acestor eforturi, ratele globale de alăptare rămân insuficiente. În anul 2023, doar 46% dintre mame au inițiat alăptarea în prima oră după naștere, iar 48% au menținut alăptarea exclusivă [14]. Disparitățile regionale rămân semnificative: prevalența alăptării exclusive la șase luni este de 47% în Africa, 51% în Asia și doar 13% în Europa [2, 15, 22, 23]. Pentru atingerea obiectivului global de 70% acoperire până în 2030, sunt necesare măsuri urgente și intervenții consolidate la nivel de politici publice, sistem de sănătate și comunitate [19].

Scopul studiului a fost de a analiza experiențele mamelor privind nașterea și alăptarea și de a evalua sprijinul oferit de personalul medical în maternități din Republica Moldova.

Materiale și metode.

Studiul a fost realizat pe baza răspunsurilor la un chestionar online (formular Google), elaborat pe fundamentul instrumentului de monitorizare a implementării principiilor *Spitalului Prietenos Copilului* în maternități – chestionarul destinat mamelor care alăptează [17]. Sondajul a fost organizat în colaborare cu Asociația Obștească „Ask a Mom”, comunitate care reunește peste 20.000 de membre din întreaga republică. Chestionarul nu a inclus colectarea

de date cu caracter personal și a vizat evaluarea următoarelor aspecte: vârsta gestațională a copilului, greutatea la naștere, caracteristicile nașterii, modul de hrănire al copilului în primele șase luni, sprijinul și informațiile oferite de personalul medical privind alăptarea și alte variabile relevante.

Caracteristicile lotului de studiu: lotul de respondenți a fost constituit din 74 de mame, fiecare relatând despre experiența trăită cu cel mai mic copil din familie. Vârsta medie a copiilor a fost de 21,2 luni, cu variații între 1 lună și 10 ani. Pentru a evalua diferențele potențiale privind sprijinul acordat mamelor pentru alăptare în maternitate, lotul general de studiu a fost subdivizat în două subloturi: copii născuți la termen ($n = 66$; 89,2%) și copii născuți prematur, înainte de 37 de săptămâni ($n = 8$; 10,8%). Dintre aceștia, un copil a fost încadrat în categoria prematurității severe (28–32 săptămâni), iar șapte au fost clasificați ca prematuri tardivi (34–36 săptămâni).

În ceea ce privește greutatea la naștere, dintre nou-născuții la termen, jumătate (50%) au avut o greutate peste 3500 g, iar cealaltă jumătate s-a situat în intervalul 2500–3000 g. În sublotul copiilor prematuri, șapte copii (87,5%) au prezentat o greutate la naștere cuprinsă între 2500–3000 g, în timp ce un singur copil născut cu vârsta gestațională de 34–36 săptămâni (12,5%) avea o greutate la naștere sub 2500 grame. Totodată, în grupul copiilor născuți la termen, 65,2% s-au născut prin naștere naturală, iar 34,8% prin cezariană cu anestezie epidurală. În sublotul copiilor prematuri, doar 2 nou-născuți (25,0%) au fost aduși pe lume vaginal, în timp ce 5 copii (62,5%) s-au născut prin cezariană cu anestezie epidurală, iar un copil (12,5%) prin cezariană cu anestezie generală.

Analiza statistică a fost realizată utilizând metode descriptive, prin calculul frecvențelor absolute și al proporțiilor.

De asemenea, au fost aplicate metode comparative pentru identificarea diferențelor între variabile, cu ajutorul instrumentului online oferit de GraphPad QuickCalcs (<https://www.graphpad.com/quickcalcs/>).

Rezultate și discuții.

În cadrul studiului, pentru intervalul de vârstă 0-3 luni, s-au constatat diferențe importante în modul de hrănire al sugarilor, determinate atât de tipul nașterii, cât și de prematuritate (Figura 1). La copiii născuți la termen prin naștere vaginală, 76,8% au fost alăptați exclusiv la sân, ceea ce a demonstrat că această categorie a beneficiat cel mai mult de hrănirea optimă recomandată. Un procent de 11,6% dintre sugari

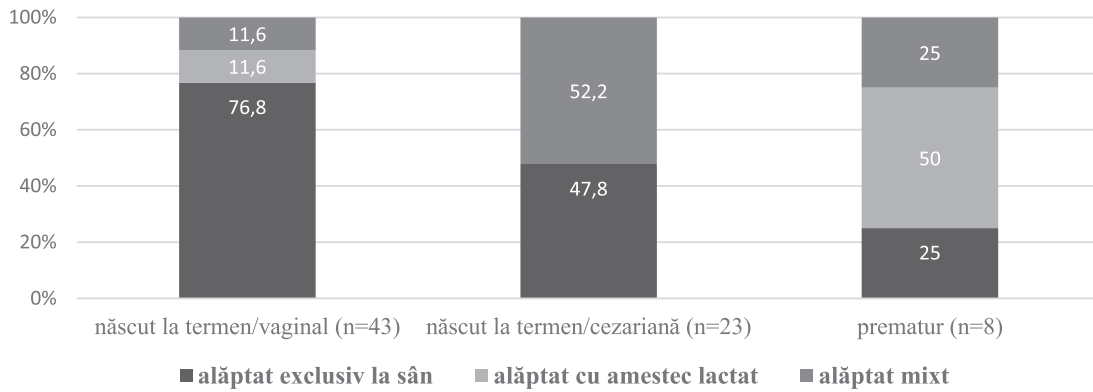


Figura 1. Modul de alăptare a sugarilor cu vârsta de la 0 la 3 luni (n=74)

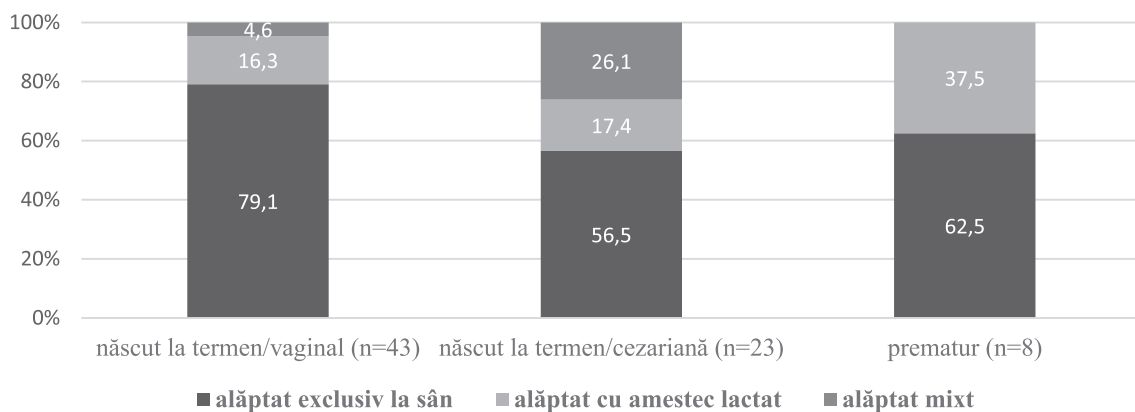


Figura 2. Modul de alăptare a sugarilor cu vârsta de la 3 la 6 luni (n=74)

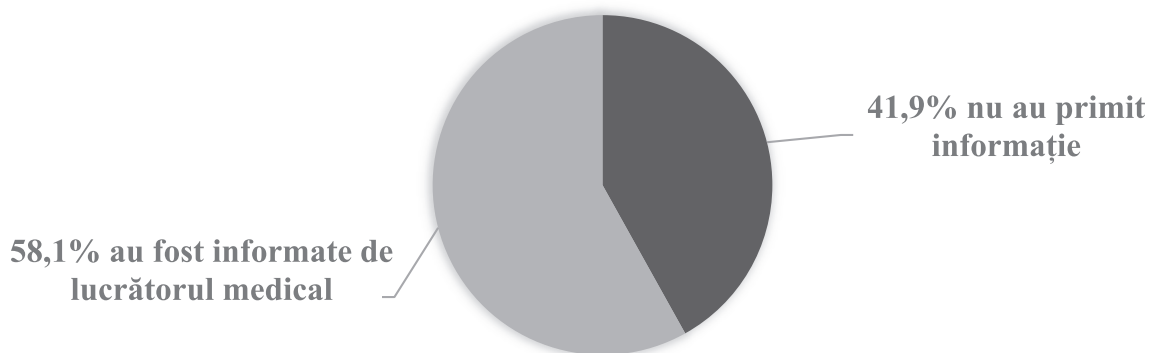


Figura 3. Informarea mamei privind riscurile suplimentelor alimentare în primele 6 luni de viață ale copilului (n=74)

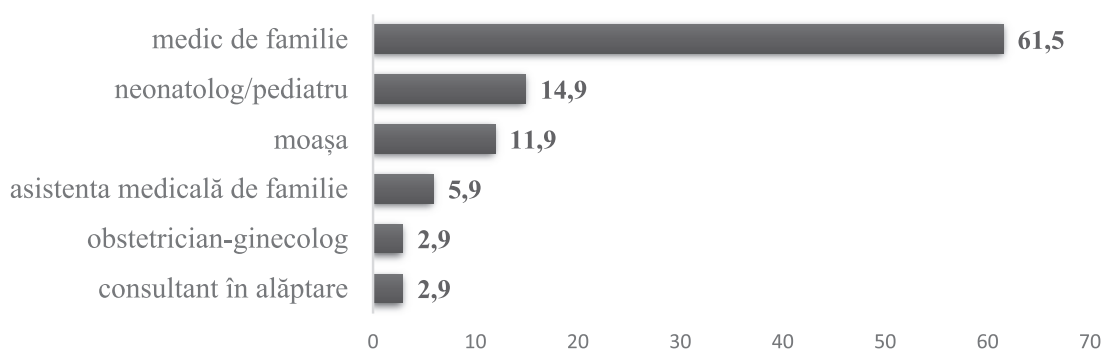


Figura 4. Sursa informațiilor privind riscurile suplimentării (n=34)

au primit alimentație cu amestec lactat, iar aceeași proporție a fost înregistrată și pentru alimentația mixtă. Aceste rezultate au confirmat că nașterea naturală a favorizat inițierea și menținerea alăptării încă din primele luni.

În cazul copiilor născuți la termen prin cezariană, situația a fost diferită: doar 47,8% au fost alăptați exclusiv la sân, iar majoritatea (52,2%) au fost hrăniți mixt. Nu s-au raportat cazuri de alimentație cu amestec lactat în această categorie. Aceste date au arătat că nașterea prin cezariană a avut un impact negativ asupra menținerii alăptării exclusive, probabil din cauza întârzierii inițierii și a separării timpurii mamă-copil.

La copiii prematuri, doar 25% au fost alăptați exclusiv la sân. Jumătate dintre aceștia (50%) au necesitat alimentație cu amestec lactat, iar 25% au fost hrăniți mixt. Aceste rezultate au reflectat provocările suplimentare întâlnite în cazul prematurității, unde nevoile nutriționale crescute și dificultățile de adaptare au impus adesea suplimentarea hrănirii naturale.

În cadrul studiului, pentru intervalul de vârstă 3-6 luni, s-au observat diferențe semnificative în ceea ce privește modul de hrănire al sugarilor, influențate de tipul de naștere și de prematuritate (Figura 2). La copiii născuți la termen prin naștere vaginală, alăptarea exclusivă la sân a fost menținută într-o proporție foarte ridicată, de 79,1%, chiar mai mare decât în primele trei luni. Doar 16,3% dintre sugari au primit alimentație cu amestec lactat, iar un procent redus, de 4,6%, au fost hrăniți mixt. Acest fapt a demonstrat că nașterea vaginală a favorizat nu doar inițierea, ci și continuitatea alăptării exclusive.

În cazul copiilor născuți la termen prin cezariană, procentul de alăptare exclusivă a crescut la 56,5%, ceea ce a arătat o recuperare parțială față de perioada 0-3 luni. Totuși, o parte importantă dintre sugari au fost hrăniți mixt (26,1%) sau cu amestec lactat (17,4%). Aceste date au confirmat faptul că nașterea prin cezariană s-a asociat cu dificultăți mai mari în menținerea alăptării exclusive, deși unele mame au reușit să îmbunătățească această practică după primele luni.

Pentru copiii prematuri, 62,5% au fost alăptați exclusiv la sân, ceea ce a reprezentat o creștere considerabilă față de perioada anterioară. Totuși, 37,5% dintre aceștia au necesitat alimentație cu amestec lactat, ceea ce a reflectat faptul că nevoile nutriționale speciale ale prematurilor au impus adesea completarea hrănirii naturale. În această categorie, nu s-au raportat cazuri de alimentație mixtă.

La întrebarea referitoare la cine a furnizat informații despre riscurile administrării de apă, lapte praf sau alte suplimente în primele șase

luni de viață ale copilului alăptat, răspunsurile mamelor au evidențiat diferențe notabile (Figura 3). În 58,1% dintre cazuri, informațiile au fost oferite de către lucrători medicali. Totuși, în 41,9% dintre cazuri, mamele au declarat că nu au primit nicio informare oficială. O parte dintre acestea au menționat că s-au documentat pe cont propriu, accesând resurse online sau consultând broșuri distribuite în cadrul vizitelor medicale.

Analizând detaliat categoriile de lucrători medicali care au furnizat informații mamelor, datele arată că medicul de familie a fost menționat cel mai frecvent, în 61,5% dintre cazuri. Acesta a fost urmat de medicul neonatolog sau pediatru (14,9%), moașa (11,9%), asistenta medicală de familie (5,9%), iar cu ponderi reduse, obstetricianul-ginecolog și consultantul în alăptare, fiecare în 2,9% dintre cazuri (Figura 4).

Pentru copiii născuți la termen prin naștere vaginală, 44,3% dintre mame și-au ținut copilul în brațe în primele 30 de minute, iar 20,9% între 30 și 60 de minute (Figura 5). Totuși, 27,9% dintre mame au relatat că acest contact a avut loc abia după mai mult de o oră, iar 6,9% nu și-au amintit momentul exact. Aceste rezultate au arătat că, în cazul nașterii naturale, majoritatea copiilor au beneficiat de un contact relativ rapid, favorabil inițierii alăptării și atașamentului.

În schimb, pentru copiii născuți la termen prin cezariană, situația a fost diferită: doar 21,7% dintre mame și-au ținut copilul în primele 30 de minute, iar doar 4,4% între 30 și 60 de minute. Procentul cel mai mare, 52,2%, a fost raportat pentru un contact întârziat, de peste o oră, iar 21,7% dintre mame nu au putut preciza momentul. Aceste date au confirmat faptul că nașterea prin cezariană a dus la întârzieri semnificative în contactul mamă-copil imediat după naștere.

La copiii prematuri, distribuția a fost mai variată: 25% dintre mame au raportat că și-au ținut copilul în primele 30 de minute, tot 25% între 30 și 60 de minute, iar 37,5% abia după mai mult de o oră. Doar 12,5% dintre mame nu și-au amintit momentul. Aceste rezultate au reflectat realitatea clinică a prematurității, unde stabilizarea medicală a copilului are prioritate, ceea ce duce frecvent la amânarea contactului direct cu mama.

Pentru copiii născuți la termen prin naștere vaginală, majoritatea covârșitoare (79,1%) au beneficiat de sprijin pentru alăptare în primele 6 ore de viață, iar doar 20,9% au primit acest ajutor mai târziu. Această situație a arătat că nașterea naturală a facilitat accesul rapid la suport pentru inițierea hrănirii la sân (Figura 6).

În cazul copiilor născuți la termen prin cezariană, doar 60,9% dintre mame au primit ajutor cu alăptarea

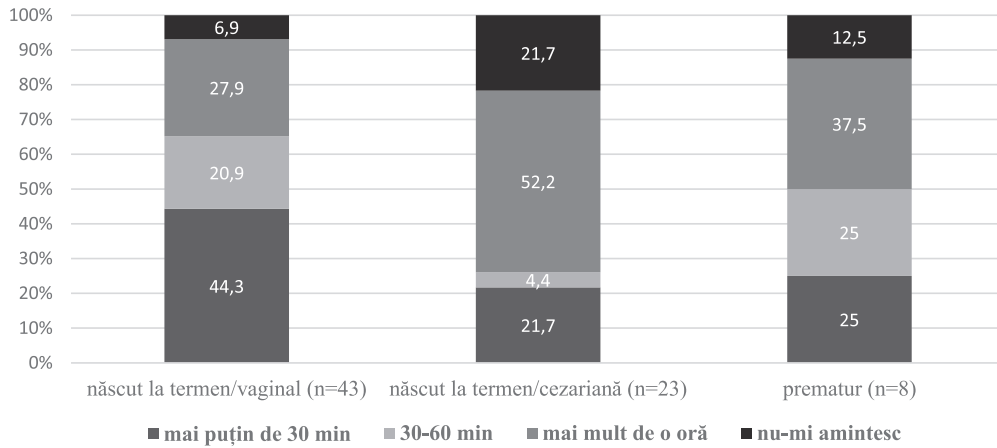


Figura 5. Durata momentului în care mamele și-au ținut pentru prima dată copilul în brațe

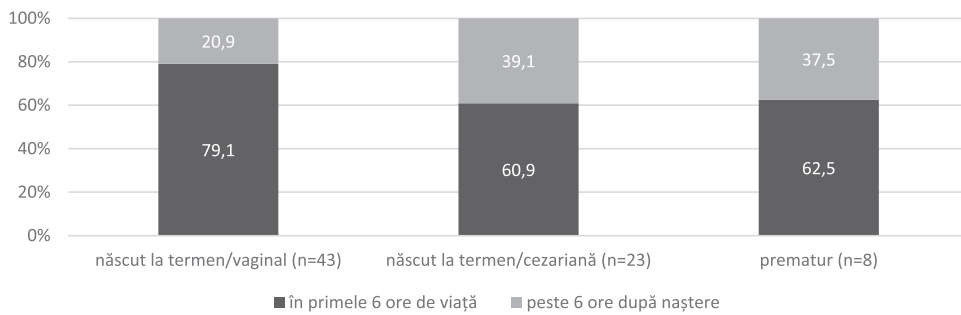


Figura 6. Momentul în care mamele au primit ajutor cu alăptarea din partea cadrelor medicale din maternitate

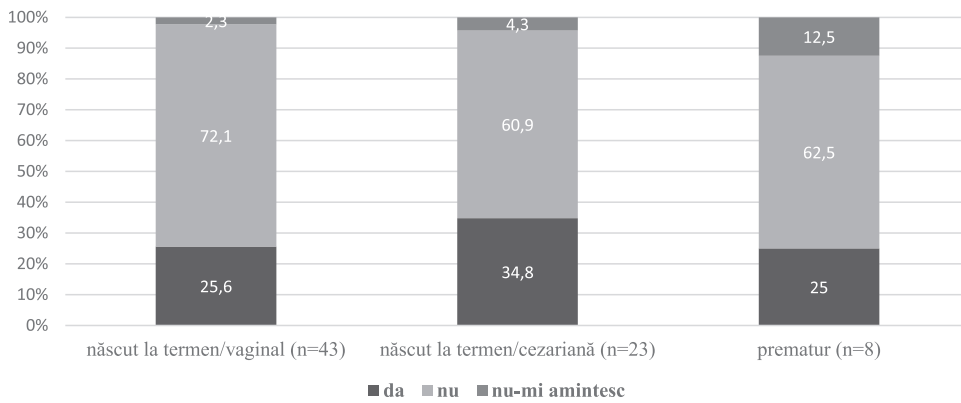


Figura 7. Ajutor oferit mamei cu extracția laptelui

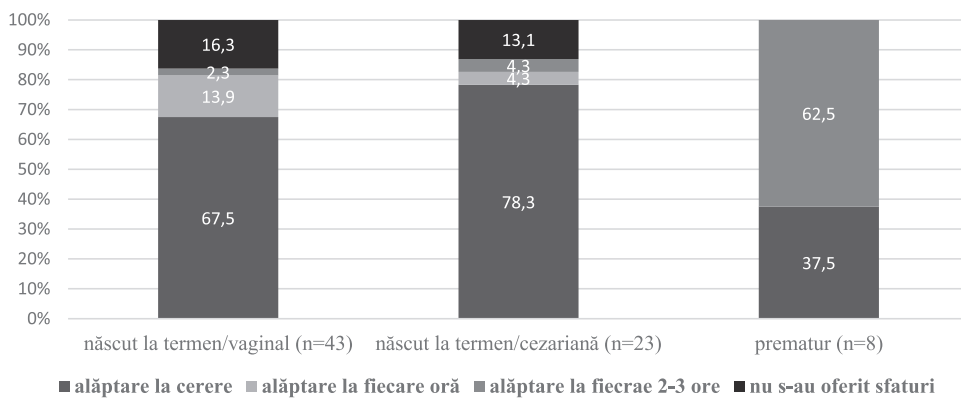


Figura 8. Recomandările primite de mame privind frecvența alăptării

în primele 6 ore, în timp ce 39,1% au beneficiat de acest sprijin abia după 6 ore de la naștere. Rezultatele au confirmat faptul că nașterea prin cezariană s-a asociat cu întârzieri considerabile în oferirea suportului necesar pentru inițierea alăptării.

Pentru copiii prematuri, 62,5% au primit ajutor în primele 6 ore, iar 37,5% după această perioadă. Deși peste jumătate dintre prematuri au beneficiat de sprijin precoce, proporția celor care au primit ajutor mai târziu a fost totuși mai mare comparativ cu sugarii născuți la termen prin naștere vaginală. Această situație a reflectat provocările suplimentare generate de starea de sănătate și de nevoile medicale imediate ale prematurilor.

În cadrul studiului, s-a analizat și dacă mamele au primit ajutor cu extracția laptelui, un aspect relevant mai ales pentru cazurile de dificultăți de alăptare sau pentru situațiile în care copilul nu a putut fi pus imediat la sân (Figura 7). La copiii născuți la termen prin naștere vaginală, doar 25,6% dintre mame au primit ajutor pentru extracția laptelui, în timp ce majoritatea, 72,1%, au declarat că nu au beneficiat de acest sprijin. Un procent foarte mic (2,3%) nu și-a amintit situația. Acest fapt a arătat că, pentru mamele care au născut natural și au putut iniția alăptarea relativ repede, necesitatea extracției asistate a fost mai redusă.

În cazul nașterilor la termen prin cezariană, 34,8% dintre mame au primit ajutor cu extracția laptelui, iar 60,9% nu au beneficiat de această intervenție. 4,3% dintre ele nu și-au amintit dacă au primit sprijin. Procentul mai mare de mame care au avut nevoie de ajutor comparativ cu nașterile vaginale sugerează că dificultățile legate de inițierea alăptării după cezariană au impus mai frecvent intervenții suplimentare.

Pentru mamele cu copii prematuri, 25% au beneficiat de ajutor pentru extracția laptelui, iar 62,5% nu au primit acest sprijin. Totuși, un procent mai mare decât în celelalte grupuri (12,5%) nu și-au amintit situația. Datele au reflectat faptul că, deși prematuritatea aduce frecvent provocări în hrănirea naturală, sprijinul pentru extracția laptelui nu a fost aplicat constant și a variat mult în funcție de caz.

În cadrul studiului, s-au analizat și recomandările primite de mame privind frecvența alăptării. La copiii născuți la termen prin naștere vaginală, 67,5% dintre mame au primit sfatul de a alăpta la cerere, ceea ce reflectă alinierea la practicile recomandate pentru menținerea lactației. Totuși, 13,9% au fost îndrumate să alăpteze la fiecare oră, iar 2,3% la intervale de 2–3 ore. În 16,3% dintre cazuri nu s-au oferit sfaturi privind frecvența alăptării, ceea ce a indicat o lipsă de uniformitate în consiliere.

În cazul nașterilor la termen prin cezariană, 78,3% dintre mame au primit recomandarea de a

alăpta la cerere, un procent chiar mai ridicat decât în cazul nașterilor vaginale. Cu toate acestea, 4,3% au fost sfătuite să alăpteze la fiecare oră și același procent la 2–3 ore. În 13,1% dintre situații nu s-au oferit sfaturi. Rezultatele au arătat că, deși majoritatea recomandărilor au fost orientate spre alăptarea la cerere, sprijinul nu a fost întotdeauna consecvent.

La copiii prematuri, situația a fost diferită: doar 37,5% dintre mame au primit recomandarea de alăptare la cerere, în timp ce 62,5% au fost îndrumate să alăpteze la intervale fixe de 2–3 ore. Nu s-au raportat sfaturi de alăptare la fiecare oră și, important, nu au existat cazuri în care să nu se fi oferit recomandări. Acest rezultat reflectă faptul că, în cazul prematurilor, alăptarea este gestionată mai strict, cu programare atentă a meselor, pentru a răspunde nevoilor medicale și de creștere ale copilului.

În cadrul studiului, s-au analizat și recomandările oferite mamelor cu privire la durata alăptării. Pentru copiii născuți la termen prin naștere vaginală, 51,2% dintre mame au primit sfatul de a alăpta atât timp cât dorește copilul, ceea ce corespunde recomandărilor actuale privind hrănirea la cerere. Un procent redus, de 11,6%, au fost îndrumate să limiteze durata alăptării la 10–20 sau 15–30 de minute. Totuși, un procent destul de mare, 37,2%, au relatat că nu au primit niciun fel de recomandare în acest sens, ceea ce a reflectat lipsa unei abordări uniforme.

În cazul copiilor născuți la termen prin cezariană, majoritatea mamelor (73,9%) au fost sfătuite să alăpteze în funcție de dorința copilului. Doar 8,7% au primit indicații de limitare a duratei alăptării, iar 17,4% au declarat că nu au primit sfaturi. Acest rezultat a arătat că, în ciuda provocărilor legate de inițierea alăptării după cezariană, recomandările medicale s-au orientat predominant spre hrănirea flexibilă, bazată pe nevoile sugarului.

Pentru copiii prematuri, 62,5% dintre mame au primit recomandarea de a alăpta atât timp cât dorește copilul, în timp ce niciuna nu a fost sfătuită să limiteze durata alăptării la intervale fixe. Cu toate acestea, 37,5% au declarat că nu au primit niciun fel de recomandare. Situația reflectă o abordare mixtă: pe de o parte, sprijinirea alăptării la cerere pentru prematuri, pe de altă parte, o lipsă de uniformitate în consilierea mamelor aflate în situații delicate.

Analiza utilizării suzetei la sugari a demonstrat că în sublotul de sugari născuți la termen prin naștere vaginală, 25,6% au folosit suzeta, iar 74,4% nu au utilizat-o. Aceasta arată că, în general, majoritatea părinților au evitat introducerea suzetei în această categorie. În cazul copiilor născuți la termen prin cezariană, 30,4% au folosit suzeta, iar 69,6% nu au utilizat-o. Procentul ușor mai ridicat de utilizare

comparativ cu nașterile vaginale sugerează că, în anumite situații, suzeta a fost introdusă mai frecvent, posibil pentru a liniști copilul în contextul unor dificultăți inițiale de alăptare. La copiii prematuri, 25% au folosit suzeta, iar 75% nu. Aceasta arată că, și în cazul prematurilor, utilizarea suzetei a fost relativ limitată, probabil fiind gestionată mai strict de către personalul medical pentru a nu interfera cu alăptarea.

A fost evaluat și dacă personalul maternității a oferit mamei recomandări privind modalitățile sau locurile unde poate solicita ajutor pentru alăptare după externare. Rezultatele au arătat diferențe moderate între grupuri. La copiii născuți la termen prin naștere vaginală, doar 32,6% dintre mame au declarat că au primit astfel de recomandări, în timp ce 67,4% nu au beneficiat de aceste informații. Aceasta arată că, pentru majoritatea, sprijinul postnatal nu a fost suficient pregătit încă din maternitate. În cazul nașterilor prin cezariană, proporția a fost și mai scăzută: doar 26,1% dintre mame au primit informații despre unde să caute ajutor pentru alăptare, comparativ cu 73,9% care nu au primit. Acest fapt a evidențiat o lacună importantă, având în vedere că mamele care au născut prin cezariană întâmpină frecvent dificultăți mai mari în menținerea lactației.

Pentru copiii prematuri, situația a fost ceva mai bună: 37,5% dintre mame au primit recomandări despre sprijinul disponibil după externare, însă majoritatea (62,5%) nu au beneficiat de aceste informații. Aceasta a reflectat o practică încă insuficient implementată, deși mamele prematurilor au nevoie de îndrumare specializată pentru a face față provocărilor legate de alăptare.

Concluzii.

- **Alăptare exclusivă:** cea mai frecventă la copiii născuți vaginal la termen; mai redusă la cezariană și foarte scăzută la prematuri, cu o ușoară creștere între 3-6 luni.

- **Contact timpuriu mamă-copil:** cel mai rapid după nașterile vaginale, întârziat semnificativ la cezariană și prematuri.

- **Sprijin pentru alăptare:** oferit mai precoce mamelor care au născut natural, dar întârziat la cezariană și prematuri.

- **Extracția laptelui:** sprijinul a fost redus în general, mai frecvent la cezariană, dar insuficient la prematuri.

- **Frecvența alăptării:** la termen s-a recomandat predominant alăptarea la cerere, iar la prematuri hrănirea la intervale regulate.

- **Durata alăptării:** recomandarea dominantă a fost „cât dorește copilul”, dar multe mame – mai ales după naștere vaginală sau cu prematuri – nu au primit sfaturi clare.

- **Suzeta:** utilizarea a fost redusă în toate categoriile, ceva mai frecventă la sugarii născuți prin cezariană.

- **Sprijin postnatal:** majoritatea mamelor nu au primit informații despre unde să caute ajutor după externare; situația cea mai defavorabilă a fost la nașterile prin cezariană.

Pe baza concluziilor studiului, se recomandă intensificarea sprijinului pentru alăptarea exclusivă, mai ales în cazul mamelor care nasc prin cezariană sau care au copii prematuri, prin consiliere imediată și continuă. Este important ca personalul medical să promoveze contactul piele-la-piele cât mai devreme posibil, indiferent de tipul nașterii, pentru a facilita inițierea alăptării și crearea legăturii emoționale.

Ajutorul pentru alăptare și, atunci când este necesar, pentru extracția laptelui, trebuie oferit precoce și constant, astfel încât să fie evitate dificultățile legate de lactație. Totodată, recomandările privind frecvența și durata alăptării ar trebui să fie clare, uniforme și adaptate nevoilor fiecărui copil, inclusiv ale prematurilor.

Limitarea utilizării suzetei în primele luni poate sprijini menținerea alăptării exclusive, iar maternitatea are un rol esențial în a orienta mamele către surse de sprijin postnatal, pentru ca acestea să știe unde pot solicita ajutor după externare.

Bibliografie.

1. Akah G, Okwen N, Karimuribo ED, Ngowi HA, Fombang EN. *Exclusive Breastfeeding and Its Determinants in Yaoundé, Cameroon: A Retrospective Survival Analysis*. J. Pregnancy, 2022; 2022:8396586. E-ISSN 2090-2735 doi: 10.1155/2022/8396586.
2. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. *Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States*. Public Health Nutr., 2016; 19(4):753-64. E-ISSN 1475-2727. doi: 10.1017/S1368980015001767.
3. Binns C, Lee M, Low WY. *The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding*. Asia Pac J Public Health, 2016; 28(1):7-14. E-ISSN 1941-2479. doi: 10.1177/1010539515624964.
4. Cosemans C, Nawrot TS, Janssen BG, Vriens A, Smeets K, Baeyens W, Bruckers L, Den Hond E, Loots I, Nelen V, Van Larebeke N, Schoeters G, Martens D, Plusquin M. *Breastfeeding predicts blood mitochondrial DNA content in adolescents*. Sci Rep., 2020; 10(1):387. E-ISSN 2045-2322. doi: 10.1038/s41598-019-57276-z.
5. Couto G, Dias V, Oliveira I. *Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review*. NPT, 2020; 7(4):245-254. E-ISSN 2383-1162. doi: 10.18502/npt.v7i4.4034.
6. French CD, Shafique MA, Bang H, Matias SL. *Perinatal Hospital Practices Are Associated with Breastfeeding through 5 Months Postpartum among*

- Women and Infants from Low-Income Households*. J Nutr. 2023; 153(1):322-330. E-ISSN 1541-6100. doi: 10.1016/j.tjnut.2022.11.007.
7. Horta, Bernardo L, Bahl, Rajiv, Martinés, José Carlos, Victora, Cesar G & World Health Organization. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic review and meta-analyses*. / Bernardo L. Horta ... [et al.]: World Health Organization, 2007, 57 p. <https://iris.who.int/handle/10665/43623>. ISBN 9789241595230.
 8. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. *Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity - a systematic review and meta-analysis*. Matern. Child Health J., 2015; 19(3): 468-79. E-ISSN 1573-6628. doi: 10.1007/s10995-014-1526-8.
 9. Motee A, Jeewon R. *Importance of Exclusive Breastfeeding and Complementary Feeding among Infants*. Curr Res Nutr Food Sci, 2014; 2(2). E-ISSN 2322-0007. doi: 10.12944/CRNFSJ.2.2.02.
 10. Oddy WH. *Infant feeding and obesity risk in the child*. Breastfeed Rev., 2012; 20(2): E-ISSN 0729-2759. 7-12.
 11. Schneider BC, Gatica-Domínguez G, Assunção MCF, Matijasevich A, Barros AJD, Santos IS, Silveira MF. *Introduction to complementary feeding in the first year of life and risk of overweight at 24 months of age: changes from 2004 to 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohorts*. Br J Nutr., 2020; 124(6): 620-630. E-ISSN 1475-2662. doi: 10.1017/S0007114520001634.
 12. Scott JA, Ng SY, Cobiac L. *The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents*. BMC Public Health, 2012; 12: 107. E-ISSN 1471-2458. doi: 10.1186/1471-2458-12-107.
 13. Semenik S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D. *Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review*. J Hum Lact., 2012; 28(3): 317-334. E-ISSN 1552-5732. doi: 10.1177/0890334412445195.
 14. UNICEF; WHO. *Global Breastfeeding Scorecard 2023 Rates of Breastfeeding Increase Around the World Through Improved Protection and Support*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2023; pp. 1–9. Disponibil la: <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>.
 15. UNICEF. *Global Databases Breastfeeding Data from Demographic and Health Survey Data (DHS)*. 2023. Disponibil la: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>
 16. United Nation General Assembly. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development: Resolution Adopted by the General Assembly on 25 September 2015*. United Nation General Assembly: New York, NY, USA, 2015, volume 16301, pp. 1-35. Disponibil la: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
 17. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). *Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care*. World Health Organization, 2009. Disponibil la: <https://iris.who.int/handle/10665/43593>
 18. World Health Organization; UNICEF. *Global Breastfeeding Scorecard 2021 Protecting Breastfeeding Through Bold National Actions During the Covid-19 Pandemic Call to Action Priorities*; World Health Organization: Geneva, Switzerland; UNICEF: New York, NY, USA, 2021; Disponibil la: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348546/WHO-HEP-NFS-21.45-eng.pdf>
 19. World Health Organization. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2003.
 20. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding: Fact Sheet*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2023; Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 21. World Health Organization. *Infant Feeding Guidelines: Summary*, 2013. Disponibil la: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
 22. World Health Organization. *Promoting Breastfeeding and Complementary Foods*. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2025. Disponibil la: <https://www.who.int/europe/activities/promoting-breastfeeding-and-complementary-foods>
 23. World Health Organization. Regional Office for Europe and UNICEF. (2024). *Child and adolescent health in the WHO European Region: breastfeeding fact sheet*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibil la: <https://iris.who.int/handle/10665/379213..>