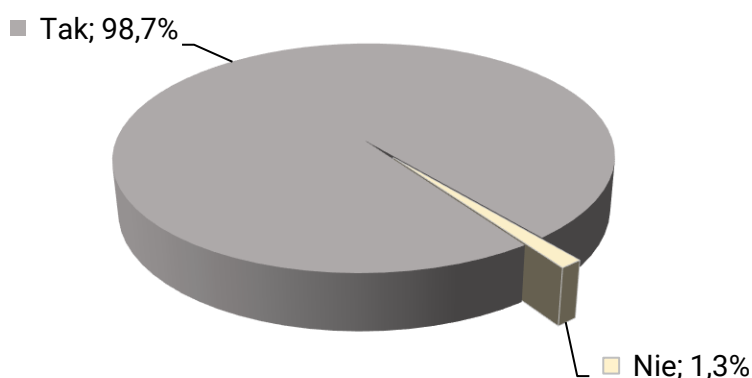


3. OKRES OKOŁOPORODOWY

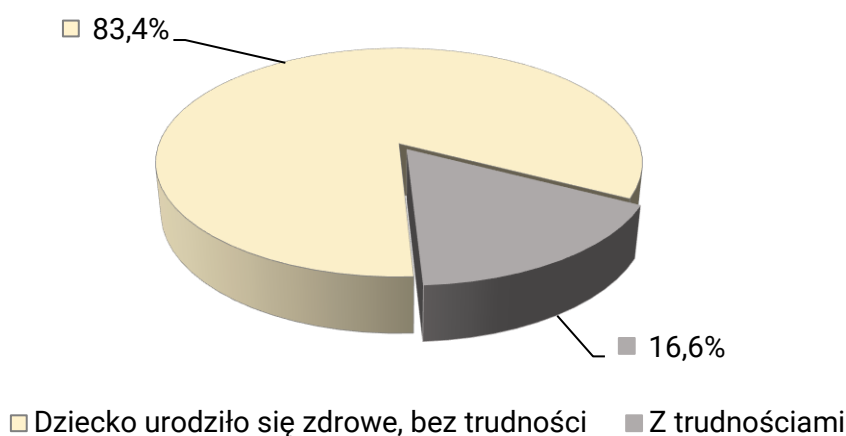
3.1. WSTĘPNE DANE ANKIETOWE

Zapytałyśmy kobiety o to, czy rodziły w szpitalu. I tak 98,7% porodów odbyło się w placówkach leczniczych, a 1,3% kobiet wskazało, iż urodziły poza szpitalem (Ryc. 3.1.).

Aż 83,4% ankietowanych zadeklarowało, że dziecko urodziło się zdrowe bez trudności. Zaś 16,6% respondentek wskazało, że dziecko urodziło się z trudnościami zdrowotnymi (Ryc. 3.2.).



Ryc. 3.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy poród odbył się w szpitalu?” (% , N=2504)



Ryc. 3.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z jakimiś trudnościami?” (% , N=2504)



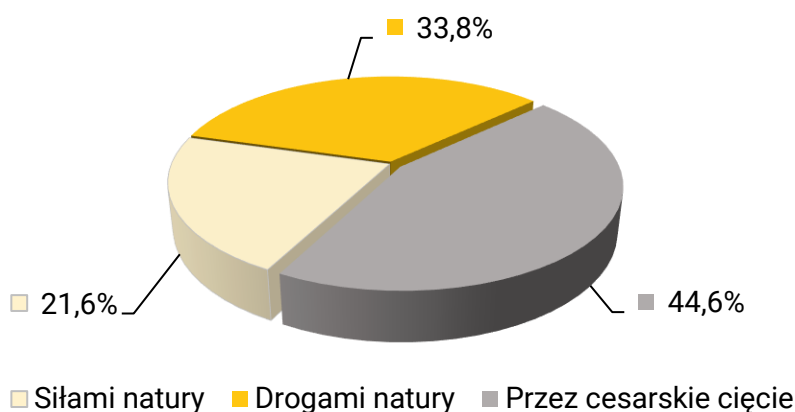
Aby zdiagnozować, jaki wpływ na karmienie piersią ma poród poza szpitalem, należałoby dokonać pogłębionej analizy. W ankiecie pytania tego zakresu były ograniczone, gdyż w szczególności domowa opieka porodowa nie jest refundowana ze środków publicznych, nie była więc przedmiotem monitoringu. Jednak warto zacytować jedną z kobiet, podając jej historię jako przykład, wskazujący na to, jak ważny jest poród fizjologiczny oraz brak interwencji medycznych.

„Miałam szczęście rodzić w domu. Moje dziecko urodziło się zdrowe. Zaraz po urodzeniu ssało przez 3 godziny bez przerwy. W tej skomplikowanej układance zwanej porodem w naszym przypadku żaden element nie został zaburzony. Od początku kierowaliśmy się potrzebami dziecka, które jest bardzo łatwo określić, gdy narodziny odbywają się w bezpiecznym dla rodziców (szczególnie dla mamy) środowisku. Nie było żadnych zaburzeń czy »popularnych« problemów, np. ze spadkiem wagi, przyrostami na wadze u naszego dziecka. Uważam, że środowisko narodzin odgrywa kluczową rolę”. (A546)

Choć porody domowe budzą coraz większe zainteresowanie, zdecydowana większość kobiet rodzi w szpitalu. W dalszej części niniejszego rozdziału oraz w kolejnych podrozdziałach będziemy się zajmować kobietami, które zadeklarowały poród w szpitalu oraz tymi, które zaznaczyły, iż pomimo porodu poza szpitalem, trafiły wkrótce po porodzie do szpitala (czyli łącznie 2476 kobiet, które stanowią 98,9% wszystkich ankietowanych). Należy podkreślić, że respondentek, które urodziły poza szpitalem, a przyjechały do szpitala w późniejszym czasie, nie obejmowało pytanie dotyczące kontaktu „skóra do skóry”, gdyż było ono zadane wyłącznie w kontekście opieki szpitalnej.

Wśród ankietowanych, które były pod opieką szpitalną po porodzie, 21,6% urodziło siłami natury, a 33,8% drogami natury, przy czym w pierwszym przypadku były to porody drogą pochwową bez zastosowania jakiegokolwiek interwencji medycznej/farmakologicznej, zaś w drugim zastosowano przynajmniej jedną interwencję. Pozostałe 44,6% kobiet urodziło przez cięcie cesarskie (Ryc. 3.3.).





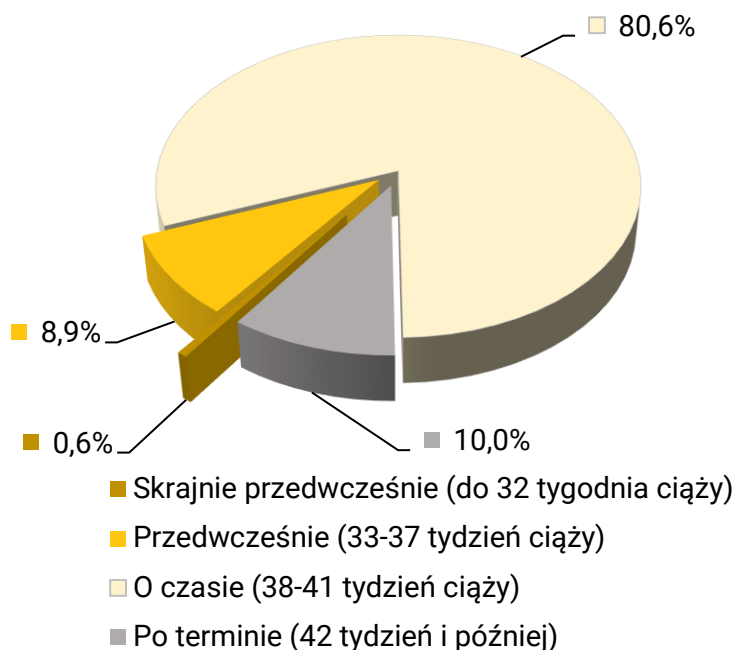
Ryc. 3.3. Forma porodu u kobiet będących pod opieką szpitalną po porodzie, gdzie poród siłami natury oznacza poród drogą pochwową, przy jednoczesnym braku zastosowania jakiegokolwiek interwencji medycznej lub farmakologicznej, zaś poród drogami natury oznacza, że w trakcie porodu drogą pochwową zastosowano przynajmniej jedną interwencję medyczną lub farmakologiczną np. oksytocyna, znieczulenie, nacięcie krocza, kleszcze, próżnościąg położniczy i in. (% , N=2476)

Biorąc pod uwagę wieloletnie wskazania Światowej Organizacji Zdrowia określające pożądaną proporcję porodów zakończonych cięciem cesarskim w stosunku do ogólnej liczby porodów na poziomie 10-15%, powyższy wynik ilości cięć cesarskich, jak i porodów z zastosowanymi interwencjami medycznymi jest dalece dla nas niepokojący¹¹⁷.

Większość porodów było porodami o czasie (80,6%), natomiast po terminie urodziło 10,0% kobiet. Część odpowiedzi dotyczyła także porodów przedwczesnych: 8,9% to porody w 33-37 tygodniu ciąży, zaś 0,6% to porody skrajnie przedwczesne, czyli do 32 tygodnia ciąży (Ryc. 3.4.).

¹¹⁷ FRpL, Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące cesarskich cięć, 2015, <https://rodzicpoludzk.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiatea/stanowisko-swiatowej-organizacji-zdrowia-dotyczące-cesarskich-ciec/> [dostęp: 30.11.2023]

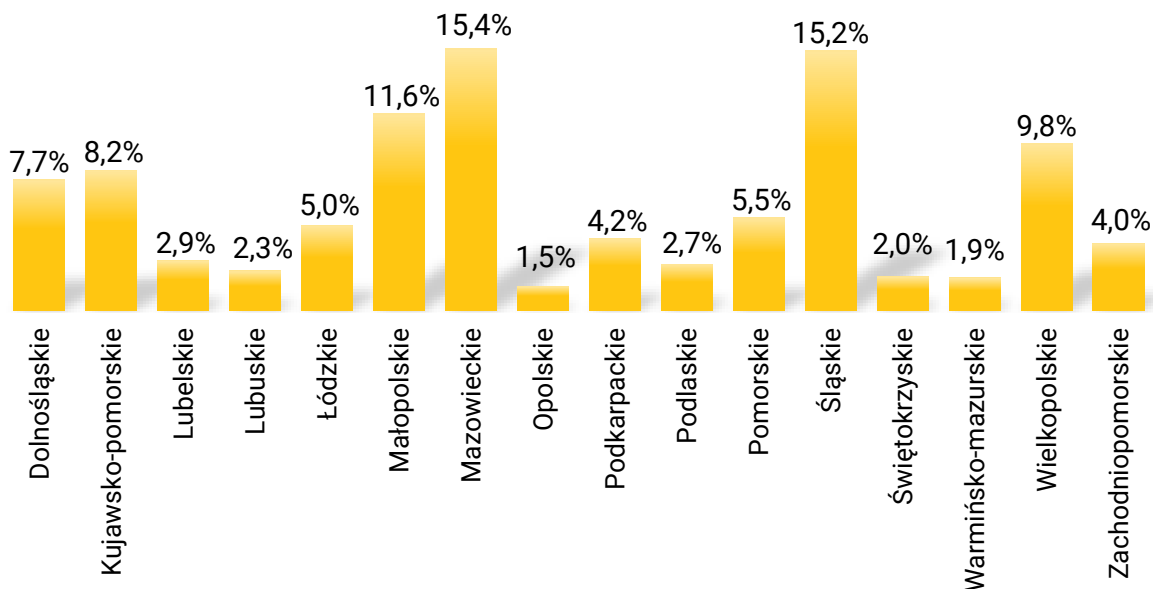




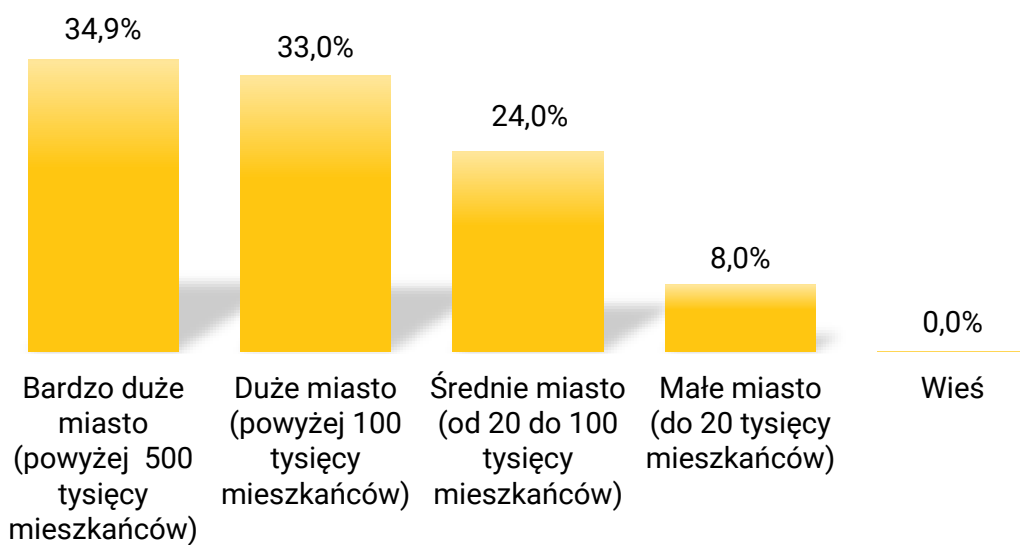
Ryc. 3.4. Termin porodu względem osób, które były pod opieką szpitalną po porodzie (% , N=2476)

W dalszej kolejności kobiety zostały zapytane o województwo i rodzaj miejscowości, położenia szpitala, pod którego opieką się znajdowały po porodzie. Odpowiedzi na to pytanie potwierdzają, że monitoringiem udało nam się objąć wszystkie regiony w Polsce. Najliczniej reprezentowane były szpitale leżące w województwach o największej liczbie ludności, w tym mazowieckie (15,4%), śląskie (15,3%), małopolskie (11,5%) i wielkopolskie (9,8%). Województwo kujawsko-pomorskie, w którym znajduje się siedziba Stowarzyszenia Małyssak, wskazane zostało przez 8,2% respondentek. Pozostałe odpowiedzi stanowiły odpowiednio mniejszy odsetek ogółu ankietowanych (Ryc. 3.5.). Ponadto szpitale mieściły się w bardzo dużych miastach (34,9%), dużych (33,0%), średnich (24,0%) i małych (8,0%). Wieś nie została wskazana (Ryc. 3.6.).



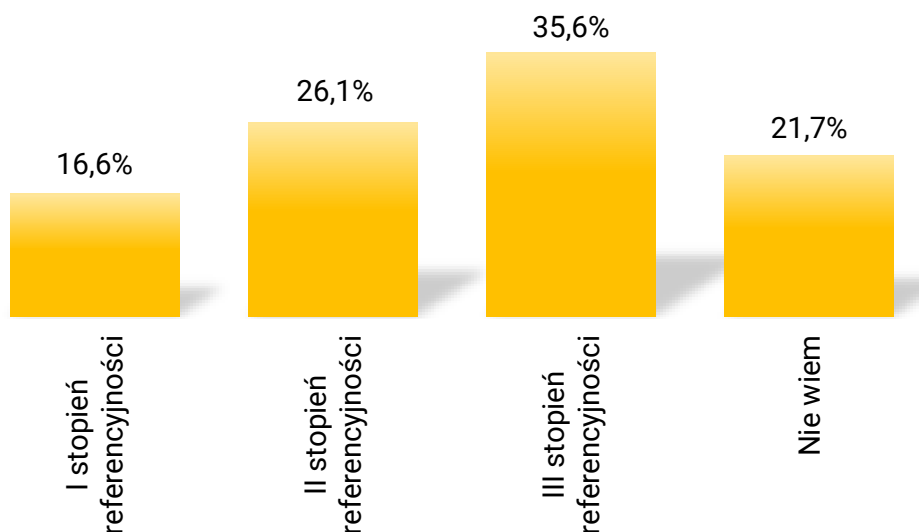


Ryc. 3.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim województwie mieścił się szpital?”
(%, N=2476)



Ryc. 3.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakiej miejscowości mieścił się szpital?”
(%, N=2476)

Ponadto monitoring objął szpitale wszystkich trzech stopni referencyjności, z czego najwięcej było wskazanych szpitali III stopnia referencyjności (35,6%), następnie II stopnia referencyjności (26,2%), a najmniej licznie były reprezentowane szpitale I stopnia referencyjności (16,6%). Ponadto 21,7% ankietowanych nie wiedziało jaki stopień referencyjności miał szpital, w którym były pod opieką okołoporodową (Ryc. 3.7.).



Ryc. 3.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Jaki stopień referencyjności miał szpital?” (%; N=2476)

W Tab. 4. poniżej została przedstawiona ilość szpitali o danym stopniu referencyjności w Polsce z podziałem na województwa. I tak najliczniej występują szpitale o I poziomie referencyjności: woj. wielkopolskie (24), woj. mazowieckie (23), woj. śląskie (20), woj. zachodniopomorskie (17), woj. dolnośląskie (14), woj. kujawsko-pomorskie (12), woj. podlaskie (12), woj. warmińsko-mazurskie (12), woj. lubelskie (10), woj. łódzkie (10), woj. pomorskie (9), woj. podkarpackie (8), woj. małopolskie (7), woj. lubuskie (6), woj. świętokrzyskie (4) i na końcu woj. opolskie (3). Dla porównania ilość szpitali o III poziomie referencyjności rozkłada się następująco: 8 szpitali znajduje się w woj. mazowieckim, po 5 – w woj. lubelskim, woj. podkarpackim i woj. śląskim, po 4 – w woj. dolnośląskim oraz woj. zachodniopomorskim, po 3 – w woj. kujawsko-pomorskim oraz woj. lubuskim, po 2 – w woj. łódzkim, woj. podlaskim, woj. pomorski, woj. świętokrzyskim oraz woj. warmińsko-mazurskim. Po jednym szpitalu III stopnia referencyjności znajdziemy w woj. małopolskim, woj. opolskim i woj. wielkopolskim. W sumie w Polsce jest 191 szpitali o I stopniu referencyjności, 97 szpitali o II stopniu, zaś 50 szpitali o III (Tab. 4.).





| | Oddziały położniczo-ginekologiczne z podziałem na poziomy referencyjności | | |
|--------------------------|---|---|--|
| | Położnictwo i ginekologia | Położnictwo i ginekologia II poziom referencyjności | Położnictwo i ginekologia III poziom referencyjności |
| Woj. dolnośląskie | 14 | 6 | 4 |
| Woj. kujawsko-pomorskie | 12 | 4 | 3 |
| Woj. lubelskie | 10 | 5 | 5 |
| Woj. lubuskie | 6 | 2 | 3 |
| Woj. łódzkie | 10 | 5 | 2 |
| Woj. małopolskie | 7 | 14 | 1 |
| Woj. mazowieckie | 23 | 14 | 8 |
| Woj. opolskie | 3 | 4 | 1 |
| Woj. podkarpackie | 8 | 7 | 5 |
| Woj. podlaskie | 12 | 1 | 2 |
| Woj. pomorskie | 9 | 4 | 2 |
| Woj. śląskie | 20 | 14 | 5 |
| Woj. świętokrzyskie | 4 | 6 | 2 |
| Woj. warmińsko-mazurskie | 12 | 2 | 2 |
| Woj. wielkopolskie | 24 | 9 | 1 |
| Woj. zachodniopomorskie | 17 | 0 | 4 |
| Suma: | 191 | 97 | 50 |

Tab. 4. Liczba oddziałów położnictwa i ginekologii z podziałem na poziomy referencyjności w poszczególnych województwach wg stanu na dzień 5.06.2023 r. (źródło: korespondencja własna z NFZ – Centrala w Warszawie w ramach dostępu do informacji publicznej)

Jeśli spojrzymy na proporcje ilości szpitali z III a z I stopniem referencyjności zastanowienie może budzić fakt, że jednak najwięcej ankietowanych rodziło w szpitalach III poziomu referencyjności, których jest w Polsce mniej, a które zajmują się ciążami mocno zagrożonymi, czy noworodkami urodzonymi skrajnie przedwcześnie. Może to oznaczać, że kobiety kierowane są do tych szpitali, co może zwiększać ryzyko medykalizacji porodu lub, że same wybierają takie szpitale, co z kolei mogłoby wskazywać na to, iż poród wciąż okupiony jest dużą dozą lęku i niepewności. Kobiety boją się, że pojawią się trudności, które zagrożą życiu dziecka. Na pewno stan lęku nie jest czynnikiem sprzyjającym w kontekście rozpoczynania karmienia piersią. Warto przypomnieć, że aż 83,4% kobiet wskazało, że ich dzieci urodziły się bez trudności zdrowotnych.





Droga kobieto!

Od lat w Polsce działa Fundacja Rodzić po Ludzku oraz inne organizacje pozarządowe jak Fundacja Matecznik, Stowarzyszenie Tulimy Mamy, które dbają o to, by okołoporodowe prawa kobiet były respektowane, ale także, by rosła świadomość istnienia tych praw wśród kobiet. Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej to dokument opisujący opiekę nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i w połogu. Warto go poznać. Zachęcamy do przygotowywania się i zdobywania wiedzy o porodzie, połogu i laktacji, co jak wierzymy jest potrzebne do oswojenia lęku. Z Fundacją Rodzić po Ludzku możesz porównać szpitale w swojej okolicy, czy dodać swoją opinię o nich na stronie:

<https://gdzierodziec.info>

a także stworzyć plan porodu – bardzo ważny dokument, który z chwilą przekazania go na izbie przyjęć wchodzi w skład dokumentacji medycznej rodzącej na stronie. Możesz go znaleźć, np. na stronie: <https://gdzierodziec.info/plan-porodu>

Z Fundacją Matecznik poznasz swoje prawa w serii artykułów „Mamy prawa” na stronie:

<https://fundacjamatecznik.pl/publikacje/artykuly/>

3.2. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU

W 1991 roku WHO i UNICEF uruchomiły globalny program mający na celu wdrożenie w jak największej ilości szpitali na świecie tzw. inicjatywy "Szpital Przyjazny Dziecku"¹¹⁸.

¹¹⁸ WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

Polska podpisała Deklarację Innocenti, która obliguje nasz kraj do ochrony, promowania i wspierania karmienia piersią¹¹⁹. Polska zobowiązała się do wdrażania inicjatywy. Szpitale, które chcą uzyskać tytuł "Szpitala Przyjaznego Dziecku" zobligowane są do wdrożenia „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią” oraz przestrzegania Kodeksu WHO (opisywanego szerzej w podrozdziale 2.3.). Dla pokazania, jak istotny wpływ na karmienie piersią ma wiedza i postępowanie personelu medycznego szpitala przyjrzymy się „10 Krokom do Udanego Karmienia Piersią”^{120, 121, 122, 123}.

Procedury zarządzania krytycznego

1. a. Należy bezwzględnie stosować się do wytycznych Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące oraz odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia.
b. Należy sporządzić na piśmie zasady karmienia niemowlęcia i zapoznać z nimi personel oraz rodziców.
c. Należy ustanowić systemy ciągłego monitoringu i zarządzania danymi.
2. Należy upewnić się, że personel posiada niezbędną wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią.

¹¹⁹ KUKP, *O nas*, <https://laktacja.pl/article/1,o-nas> [dostęp: 30.11.2023]

¹²⁰ KUKP, *Dziesięć Kroków Skutecznego Karmienia piersią (wersja uaktualniona z 2018 roku)*, https://laktacja.pl/images/stories/pdf/10_krokow_na_strone_kukp.pdf [dostęp: 30.11.2023]

¹²¹ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE 2018*, Genewa 2018, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> [dostęp: 30.11.2023]

¹²² WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]

¹²³ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 implementation guidance. Frequently asked questions*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459> [dostęp: 30.11.2023]



Kluczowe praktyki kliniczne

3. Należy informować kobiety w ciąży oraz ich rodziny o korzyściach karmienia piersią i postępowaniu podczas karmienia.
4. Należy zapewnić natychmiastowy i nieprzerwany kontakt skóra do skóry oraz wesprzeć matki w rozpoczęciu karmienia piersią jak najwcześniej po porodzie.
5. Należy wspierać matki w rozpoczęciu i utrzymaniu karmienia piersią oraz w radzeniu sobie z napotkanymi trudnościami.
6. Nie należy podawać noworodkom pokarmów i płynów innych niż mleko matki. Wyjątek stanowią przypadki uzasadnione medycznie.
7. Należy umożliwić matkom i noworodkom przebywanie razem oraz stosować system rooming-in przez całą dobę.
8. Należy wspierać matki w odczytywaniu i reagowaniu na oznaki głodu u dziecka.
9. Należy zapoznać matki ze sposobem użycia oraz ryzykiem korzystania z butelek do karmienia, smoczków do karmienia i uspokajania.
10. Należy zadbać o to, aby rodzice i niemowlęta po wypisie do domu mieli dostęp do grup wspierających karmienie piersią.

O początkach wdrażania inicjatywy "Szpital Przyjaznego Dziecku" w Polsce opowiedziała nam jedna z lekarek podczas wywiadu pogłębionego.

„Jak rozpoczynałam pracę w roku 1990, to w całym naszym kraju obowiązywały zupełnie inne zasady opieki okołoporodowej i podejście do żywienia dzieci. Nie było oddziałów takich, gdzie matki mogłyby leżeć razem z dziećmi. Dzieci przebywały w oddzieleniu od mamy. Bezpośrednio po porodzie, bez względu na to, czy to był poród



drogami natury czy przez cięcie cesarskie, dzieci były zabierane na oddział noworodkowy. Do karmienia były wożone według tzw. schematu, czyli co 3 godziny. Ściśle owinięte były zawożone takim specjalnym pojazdem zwanym kolokwialnie tramwajem na oddział położniczy i rozdawane ich mamom do karmienia. Zwykle przebywały z tymi mamami około 20-30 minut, po czym ponownie przychodziły pielęgniarki czy położne na salę i maluchy wracały tym pojazdem z powrotem na oddział noworodkowy. Jeśli któremuś z nich nie udało się przez te 30 minut przyssać do piersi swojej mamy, nie najadły się należycie, to po powrocie na oddział noworodkowy były dokarmiane przez pielęgniarki i położne z butelek. Zwykle albo było to mleko modyfikowane, albo woda z glukozą. Tak, jeszcze wtedy takie były zalecenia, żeby dopajać dzieci wodą z glukozą. Taką mieliśmy wtedy wiedzę. To był początek lat 90-tych. Tak się nam fachowcom medycznym wydawało i taką edukację pozyskiwaliśmy na uczelniach, czy w szkołach, gdzie byliśmy uczeni. Później te metody postępowania również spotkałam w szpitalu, do którego przybyłam, żeby pracować. Bodajże około roku 1993 w Warszawie odbyła się ogólnopolska konferencja EKO-OKO pod auspicjami UNICEF'u i Światowej Organizacji Zdrowia. To był pierwszy kamyczek do ogródka polskiego poradnictwa laktacyjnego czy wsparcia karmienia piersią, bo przyjechali świetli ludzie z innych krajów, którzy współpracowali wówczas z Ministerstwem Zdrowia i Światową Organizacją Zdrowia. Był to czas, kiedy na świecie powstawała inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku«. Przyjechali z bardzo dobrą wiedzą po to, ażeby zasiać wśród polskiego personelu medycznego, szczególnie lekarzy, pielęgniarek, położnych oddziałów noworodkowych, oddziałów położniczych tę wiedzę i tę informację, jak ważne jest karmienie naturalne. Były to informacje zgoła inne od tych, które przekazywaliśmy wcześniej,



rewolucyjne (np. że piersi NIE należy hartować szczoteczką czy ręcznikiem, że dieta mamy powinna być po prostu normalna) i bardzo się ucieszyłam, że w tym kierunku idzie opieka noworodkowa. Na tę konferencję zostali zaproszeni przedstawiciele wszystkich oddziałów neonatologicznych, noworodkowych i położniczych z całej Polski. Z naszego szpitala też taka delegacja pojechała i właśnie wtedy przywieziono nam garść bardzo ciekawych informacji. Materiały również były do tego załączone na piśmie, w jaki sposób możemy wdrażać inicjatywę »Szpital Przyjazny Dziecku« w naszych placówkach. Co możemy robić, jak edukować mamy, jak edukować naszych kolegów w tym zakresie. We współpracy z Ministerstwem Zdrowia powstała inicjatywa krajowa, żeby stworzyć Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, który funkcjonuje do dzisiaj, żeby wdrożyć do Polski inicjatywę »Szpital Przyjazny Dziecku«, czyli certyfikować poszczególne oddziały noworodkowe i położnicze w aspekcie dobrych praktyk sprzyjających prawidłowemu karmieniu. W ramach tych działań również w każdym z 49 województw mianowano wojewódzkiego koordynatora do spraw karmienia piersią, opieki laktacyjnej. Osoby te musiały odbyć specjalne szkolenie z zakresu inicjatywy »Szpital Przyjazny Dziecku«. Wszystkie »Kroki do Udanego Karmienia Piersią« były omawiane i na czym to polega. To był program finansowany przez Ministerstwo Zdrowia i funkcjonował do roku bodajże 1997. Jak skończyło się finansowanie, skończył się program”. (P3)

Pomimo, że od 1994 roku do dziś, czyli w okresie prawie 29 lat, aż 96 polskich szpitali kiedykolwiek posiadało tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, to jednak większość z nich nie utrzymała go. Reocena w celu przedłużenia tytułu następuje co 5 lat. Obecnie w Polsce są tylko 23 szpitale posiadające ten tytuł, z czego część będzie musiało poddać się reocenie



w 2023 lub 2024 roku, jeśli będzie chciało tytuł utrzymać¹²⁴. Przykładowo w województwie kujawsko-pomorskim (najbliższemu naszym działaniom) obecnie żaden ze szpitali nie posiada tego tytułu, pomimo, że w pewnym okresie miały go 4 szpitale¹²⁵. Zgodnie z Tab. 4. zaprezentowaną w poprzednim podrozdziale, w Polsce mamy 338 placówek z oddziałami położniczo-ginekologicznymi. Oznacza to, że jedynie 6,8% placówek w Polsce posiada tytuł "Szpital Przyjazny Dziecku". W Polsce realizacją wdrożenia zajmuje się organizacja pozarządowa Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP). W niektórych krajach wdrożeniem zajmują się rządy, tak jak i jego finansowaniem. W Polsce zainteresowane szpitale muszą samodzielnie inwestować środki finansowe potrzebne do uzyskania czy utrzymania tytułu¹²⁶.

„KUKP nie jest finansowany w żaden sposób przez Ministerstwo Zdrowia. Jest organizacją tak samo pozarządową, jak na przykład Wasza organizacja. Jest finansowany z własnych środków, z tego co pozyska. Większość to jest praca charytatywna, praca nieodpłatna zupełnie dla osób, które się w to angażują. Na przykład mówiliśmy o Norwegii - realizujecie projekt z funduszy norweskich EOG. W Norwegii taka instytucja odpowiadająca naszemu KUKP, jest agendą tamtejszego odpowiednika Ministerstwa Zdrowia. W Belgii również jest instytucją, która podlega pod tamtejsze ministerstwo. Głównie chodzi o finansowanie, również o nadzór, kontrolę nad jakością funkcjonowania tej instytucji, ale oczywiście zgodnie z jej ideą”. (P3)

¹²⁴ KUKP, *Działania KUKP - Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku*, <https://laktacja.pl/article/190,dzialania-kukp-inicjatywa-szpital-przyjazny-dziecku> [dostęp: 30.11.2023]

¹²⁵ KUKP, *Lista szpitali w Polsce odznaczonych tytułem WHO Szpital Przyjazny Dziecku* <https://laktacja.pl/article/94,lista-szpitali-w-polsce-odznaczonych-tytułem-who-szpital-przyjazny-dziecku> [dostęp: 30.11.2023]

¹²⁶ WHO, *National implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://who.int/publications/i/item/9789241512381> [dostęp: 30.11.2023]



Choć większość szpitali w Polsce nie posiada tytułu "Szpitala Przyjaznego Dziecku" to na pewno próby wdrażania na szeroką skalę tej inicjatywy miały wpływ na opiekę okołoporodową w Polsce. Pewne zapisy inicjatywy znalazły odzwierciedlenie w S000.

W pierwszym rozdziale S000, w pierwszym punkcie podano, że jego istotą jest dążenie do ograniczenia działań personelu do niezbędnych interwencji medycznych. Jako interwencję medyczną wskazano podanie noworodkowi mieszanki.

„1. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:

[...]

7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego – z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką”.

(S000 I. Postanowienia ogólne)



Również rozdziały S000: XI. Postępowanie w III okresie porodu, XII. Postępowanie w IV okresie porodu oraz XIII. Opieka nad noworodkiem, zawierają pośrednie i bezpośrednie odniesienia do opieki związanej z karmieniem piersią i laktacją w placówkach szpitalnych. W dalszej części będziemy się powoływać na szczegółowe zapisy S000. Warto już teraz podkreślić, że zarówno wymienione „10 kroków do udanego karmienia piersią”, jak i S000 wskazują, że podanie mieszanki musi być uzasadnione medycznie. Postawmy zatem następujące pytania:

- Jak obecnie personel szpitala wspiera kobiety w rozpoczęciu karmienia piersią lub mlekiem kobiecym?
- Jak wspierane są kobiety w kontynuacji karmienia piersią lub mlekiem kobiecym?
- Jak diagnozowane są ewentualne trudności u dziecka z pobieraniem pokarmu?
- Czy personel szpitala posiada wiedzę o laktacji potrzebną do rozwiązywania problemów i trudności z laktacją?
- Jaką wiedzę o laktacji personel szpitala przekazuje matce?
- Jak wygląda poziom dokarmiania noworodków mieszanką i czy takie interwencje medyczne ograniczane są tylko do niezbędnych?

3.2.1. DOBROSTAN PSYCHOFIZYCZNY MATKI

Niebagatelne znaczenie w dochodzeniu do siebie po ciąży i porodzie oraz w karmieniu piersią ma dobrostan psychiczny. Zgodnie z definicją zdrowia WHO:

„Zdrowie to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności¹²⁷”.

Ciąża to stan, który trwa dziewięć miesięcy a to, co się dzieje po porodzie bywa zaskakujące i stanowi poważne wyzwanie. Kobieta, szczególnie gdy urodziła pierwsze dziecko, ma prawo

¹²⁷ WHO preambuła Konstytucji, <https://www.who.int/about/governance/constitution> [dostęp: 30.11.2023]

czuć się zagubiona, niekompetentna, może mieć wiele pytań i wątpliwości. Medialny wizerunek macierzyństwa jest daleki od rzeczywistości. Matki zmagające się z trudnościami natury psychicznej mówią często, że nikt nie powiedział im, jak ciężkie może być zajmowanie się dzieckiem. Nocne pobudki, lęk o zdrowie maleństwa, o to, że się nie najada, że nie zna się przyczyny jego płaczu i nie potrafi się go ukoić, przeciążenie związane z noszeniem dziecka, szczególnie po porodzie zabiegowym, brak czasu na zadbanie o siebie to tylko część z trudności, które mogą spotkać świeżo upieczoną mamę. Organizm kobiety jest po porodzie wyjątkowo delikatny – wahania hormonów mogą prowadzić do wahanego nastroju i do stanu fizjologicznego nazywanego baby blues. Stan ten może pojawić się w okresie drugiej doby po porodzie. O fizjologii mówimy, kiedy baby blues kończy się przed upływem 14 dni po porodzie¹²⁸. Jego przedłużenie może świadczyć o rozpoczynającej się depresji poporodowej. Wsparcie personelu szpitala, poszanowanie godności pacjentki, bezprzemocowa komunikacja mogą być kluczowe w szybszym dochodzeniu do siebie po porodzie. Zadaniem personelu szpitala jest pomóc kobiecie, poprowadzić ją, dać wskazówki. Liczy się jednak nie tylko instruktaż, ale też podmiotowe traktowanie. Kobieta tuż po porodzie może być krucha, zagubiona, ale też reagować złością czy wręcz agresją. Może nie być w stanie bronić swoich praw, dlatego tak ważne jest, by te prawa były respektowane przez personel. Jak wskazane zostało w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.):

„Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”.
(art. 20. ust.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

„Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody”.
(art. 16. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

¹²⁸ Chrzan-Dętko M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2023, s. 21.



Uprzedmiotowanie jest też problemem w kontekście cielesności pacjentki. To właśnie ona ma pełne prawo do decydowania, co wolno, a czego nie wolno zrobić z jej ciałem. Jeśli jej życie nie jest zagrożone, ona podejmuje decyzje m.in. dotyczące nacięcia krocza, przebicia pęcherza płodowego, podania oksytocyny, badania wewnętrznego czy dotykania piersi. Meritum powyższych zapisów jest takie podejście do pacjentki, które gwarantuje jej podejmowanie decyzji dotyczących swojego ciała, a także swojego dziecka. Kobieta, która właśnie została mamą pragnie (u)wierzyć, że jest w stanie zadbać o swoje dziecko, dostarczyć mu pokarm, którego potrzebuje, jest dla dziecka wystarczająco dobrą mamą. Przedmiotowe traktowanie, nieuwzględnianie zdania kobiety podczas czynności wykonywanych przy dziecku, ignorowanie jej prośb o wsparcie, ocenianie – niestety wciąż zdarzają się w polskich szpitalach. Takie sytuacje są nie tylko łamaniem prawa pacjentki, ale także mogą odrzucić ją z godności, intymności i poczucia sprawczości, więc w konsekwencji są po prostu nieetyczne i łamią prawa człowieka. Polska przoduje w statystykach dotyczących wypalenia rodzicielskiego¹²⁹. Być może proces rozpoczyna się już na sali porodowej?

Dwa słowa, jedno zdanie, które zapadają na długo w pamięć. Poniżej cytujemy tylko jeden z przykładów, ale kobiet, które usłyszały bolesne słowa było więcej. Jedna z kobiet bardzo świadomie opisała mechanizm przemocy słownej, która ją spotkała. Kobiety w miejscu, w którym wystawiają się na widok swoją nagość, ich fizyczność, miejsca intymne są w centrum, powinny czuć się bezpiecznie. Poniższe i podobne słowa dot. wyglądu i fizyczności kobiety nie powinny nigdy paść. Nie pozostały one bez wpływu na psychikę kobiety, postrzeganie siebie jako kobiety i matki. Borykała się później ze stanami depresyjnymi, a do jej historii jeszcze wrócimy.

*„Wciąż rozpamiętywałam, co wydarzyło się w szpitalu
i co usłyszałam od ludzi. Po cięciu cesarskim instrumentariuszka
powiedziała »Pora schudnąć, pięć osób nie może Pani przenieść«.
Nikt z personelu nie stanął w mojej obronie. Czułam się
zaatakowana przez ludzi, którym powierzyłam swoje i dziecka życie,*

¹²⁹ Pacewicz P., *Wypalenie rodzicielskie w Polsce jest największe na świecie. Cierpimy jak nikt inny*, 2021, <https://oko.press/wypalenie-rodzicielskie-w-polsce-jest-najwieksze-na-swiecie-cierpimy-jak-nikt-inny> [dostęp: 30.11.2023]



swoją nagość. Wiem, ile wtedy ważyłam około 110 kg. Wiem, że to dużo. Miałam też obrzęk limfatyczny i bardzo opuchnięte nogi. Po dwóch tygodniach od porodu ważyłam 95 kg. Ten atak był taki niespodziewany i brutalny. Zgłosiłam to w szpitalu. Miałam kontakt z rzecznikiem praw pacjenta ze szpitala w ciągu miesiąca od porodu. Rozmawiałam. Nie podawałam konkretnie co to za osoba. Powiedziałam, kiedy rodziłam więc oni sami sobie mogli, jeżeli potrzebowali, sprawdzić. Ja też mam takie przekonanie, że to może nie jest wyłącznie wina tej osoby, ale też w ogóle wszystkich, całego zespołu. Nikt tej osobie nie zwrócił uwagi, pozwolono jej, nie było żadnej reakcji na taką wypowiedź, ale też jestem przekonana, że po prostu jest jakiś problem z wypaleniem zawodowym, że takie rzeczy nie biorą się z niczego. Po prostu jej się ułało coś. Nie zakładam od razu, że to jest z gruntu ktoś zły, tylko po prostu ktoś, kto ma ewidentnie problem. Ten problem powinien być wychwycony w szpitalu. Po pierwsze, może jest przeciążona, może to za dużo takich dyżurów, natomiast nie powinna sobie pozwolić na coś takiego. Zwłaszcza, że później też dowiedziałam się, że w szpitalu są po prostu narzędzia do przenoszenia pacjentów, którzy są zdaniem personelu za ciężcy, żeby ich dźwigać. Ja to rozumiem, bo kręgosłup ma się jeden, ale są narzędzia i można sobie z taką sytuacją poradzić. Natomiast zgłosiłam to też między innymi dlatego, że chciałam, żeby w ogóle zajęli się tą sprawą, nie tylko sprawą konkretnie tej osoby. Dlatego, że ja nie chciałabym, żeby jakakolwiek kobieta się z tym spotkała, ponieważ uważam, że od dawna się mówi depresji poporodowej. Może nie jest to takie powszechne, ale ja o tym słyszałam już dawno temu, że kobiety mają problem ze swoją fizycznością po porodzie, z akceptacją swojej fizyczności. To szczególnie



po pierwszym porodzie jest taki szok, jak zmienia się ciało i długo sobie nie mogą, niektóre z nich z tym poradzić, a dodatkowo jak bardzo cierpi w ogóle życie, sama osoba, ale i jej otoczenie, to się odbija na relacji. Nie chciałam, żeby coś takiego spotkało jeszcze kogoś, bo ja nie wiem na kogo trafi i czy ta osoba sobie z tym poradzi, czy nie. Ja sobie jakoś poradziłam, chociaż powiem szczerze, że jest to nadal żywe. Nawet nie kwestia sama tych słów, bo ja wtedy sobie zdawałam sprawę, ile ważyć i jakby ta osoba nie odkryła mi Ameryki. Po prostu się poczułam zaatakowana w momencie, kiedy byłam bezbronna. Kiedy byłam półnaga i wszyscy mogli z zespołu mnie oglądać. W miejscu, w którym powinnam czuć się bezpiecznie i w miejscu, w którym nie spodziewałam się zupełnie czegoś takiego. Gdybym w jakiś sposób mogła się spodziewać, to pewnie też bym była przygotowana na bronienie się, bo później oczywiście przyszło mi do głowy, że mogłam jej odpowiedzieć po prostu, a ja tym ludziom nawet dziękowałam, że mi pomogli urodzić dziecko. Ja nie planowałam cesarskiego cięcia, ale tak wyszło. Dla mnie to był duży stres”.

(K57)

Kolejna z kobiet straciła dużo krwi podczas porodu drogami natury. Zapewnienie poczucia godności, intymności, podstawowej pomocy, poświęcenie chwili uwagi i dojrzenie potrzeb pacjentki – tego zabrakło w jej historii.

„Najpierw mi dali kolację, której nie byłam w stanie po porodzie normalnie zjeść. Pamiętam, że najpierw jadłam pastę do chleba, a potem chleb, bo nie byłam w stanie sobie zrobić kanapki. Potem zasnęłam. Późnym wieczorem obudziła mnie jakaś młoda położna



i opryskliwym tonem mnie spytała, czy już byłam pod prysznicem. Rozumiem, że musiałam wyglądać okropnie i musiałam śmierdzieć niesamowicie, natomiast jej pomoc się ograniczyła do »wykopania« mnie pod ten prysznic, podania mi ręcznika i zaproponowania, że zabierze dziecko na noc i że dadzą mi mleko modyfikowane. Zgodziłam się na to, bo nie miałam przestrzeni. Byłam tam sama. Zero odwiedzin. Nie miałam siły na nic. O tym, że jestem zanemizowana dowiedziałam się dostając wypis do ręki. Wszyscy wiedzieli, że jestem lekarzem. Wtedy zrozumiałam, dlaczego miałam zadyszkę, kiedy wstawałam z łóżka. Położna zostawiła mnie pod prysznicem i zabrała dziecko. Zastanawiałam się, czy jak stracę przytomność pod tym prysznicem, to czy mnie ktoś znajdzie i kiedy. Na szczęście to się nie stało, ale myślę, że było to realne. W środku nocy obudziłam się na zakrwawionym podkładzie. Taki wspinały szpital, a każde pacjentkom przynosić swoje podkłady poporodowe na łóżko. W każdym razie miałam je w walizce, która była położona dwa metry od mojego łóżka na ziemi. Zamknięta, bo ktoś ją tak położył. Zadzwoiłam po panią położną, która przyszła niezadowolona. Leżałam na dwóch podkładach, powiedziała, że o co mi w ogóle chodzi, zabrała ten z wierzchu, zostawiła mnie na tym zakrwawionym poniżej i tak sobie poszła. Pamiętam, jak się wygrzebałam z tego łóżka, jak się skupiłam na tym, żeby jakoś się doczołgać do tej walizki, wyjąć ten następny podkład, żeby nie zakrwawić wszystkiego dookoła. Wspierające byłoby, żeby nie było to standardem, że jedyną pomocą jaką się proponuje to to, że zabiorą dziecko na noc i nakarmią je mlekiem modyfikowanym. A mnie zostawią samą sobie. To właśnie była »pomoc« jaką mi zaoferowano. A ja mleko miałam od początku. Nie było tak, ta laktacja ruszyła z opóźnieniem, bo poród był ciężki. Ona



nie ruszyła z opóźnieniem. W książeczce mam napisane, że dziecko się dostawiło. Próba na sali porodowej była, tylko że nieudana. Miałam siarę, można było podać alternatywnie, ale nie miałam na to ani sił, ani pomocy! Myślę, że szacunek i uwaga bardzo pomagają. Mówię o takich elementarnych rzeczach. Nie mówię, że wszyscy się tutaj musimy wczuwać w swoje emocje i tak dalej. To jest jednak praca i to jest zawód. To rozumiem. Natomiast mówię o minimum profesjonalizmu". (K37)

Rozdzielenie matki od dziecka skutkowało pogłębieniem trudności z karmieniem piersią. Niestety problemy, jak się później okazało, po stronie dziecka nie ułatwiły i tak już trudnego startu w karmienie piersią.

Komunikacja to nie tylko rozmowa, postawa, odpowiedni dobór słów i ton. Komunikacja zaczyna się wtedy, kiedy osoba z personelu wchodzi do sali pacjentki. Najlepiej ilustruje to kolejny fragment cytowanej już opowieści o praktykach w szpitalu w Danii w 1989 roku:

„W tamtych czasach był to szok kompletny dla mnie jako studentki medycyny wówczas, bo tam już ten rooming-in funkcjonował, ale żeby wejść do takiego pokoju trzeba było zapukać, zaczekać, aż się usłyszy »Proszę«. Nie wolno było bez pytania po prostu otworzyć drzwi i wejść. Ogromny szacunek dla pacjenta. To było też coś innego, niż to z czym spotykaliśmy się na studiach". (P3)

"Pamiętam jak zmiana się zmieniała no to przychodziła położna i »Dzień dobry, ja nazywam się będę teraz opiekować się paniami. W razie co to proszę dzwonić«. Chociaż nie wszystkie tak robiły, ale tak zapamiętałam te dwie, które na pewno zrobiły tak przez dwie zmiany. Te wieczorne, to tak za bardzo chyba tym



paniom się nie chciało, ale tak to zawsze z rana jak były to przychodziły się przedstawiały i fajnie, taki kontakt jest bliższy wtedy. Wiadomo z kim ma się do czynienia". (K13)

Jedna z kobiet po trudnym porodzie i rozłącze z dzieckiem z powodu jego przebywania na oddziale intensywnej terapii noworodka zapamiętała niewspierające słowa:

„Jedna neonatolożka miała jakieś takie teksty, które były bardzo mało wspierające, znaczy ona też pewnie chciała dobrze. Chciała zmotywować, żeby było lepiej na zasadzie, że jak będę tyle płakała to na pewno nie wykarmię córki... U nas się ułożyło z tym karmieniem wszystko dobrze, więc ja to teraz tak wspominam bardziej śmiejąc się z tego, ale myślę, że gdyby nam nie wyszło, to byłaby to jedna osoba, którą bym o to obwinięła na pewno. No to taka wiekowa kobieta. Mogła nic nie mówić na przykład, prawda? Mogła to zatrzymać dla siebie, bo jakby nikt więcej tego nie komentował, że no ja mam humor słaby delikatnie mówiąc i nastawienie też niezbyt fajne". (K5)

Częsty jest po stronie personelu brak wiary w kobiety, że mogą wykarmić dziecko. Poniżej przytaczamy historię lekarki rodzącej w szpitalu, w którym miała pracować. Naszym zdaniem, w jej przypadku mogło dojść do rażącego złamania praw pacjenta w związku z naruszeniem godności i intymności pacjentki. Położna środowiskowo-rodzinna знаła osoby pracujące na oddziale, w którym rodziła kobieta.

„Przypomniał mi się jeden komentarz. Jak przyszła do nas położna na pierwszą wizytę tydzień po porodzie, i zadała pierwsze pytanie »Czy karmimy się piersią?«, więc mówię, że tak, że karmimy się. »Tak? A bo mi koleżanki na oddziale mówiły, że tu nie będzie



karmienia«. Po tym komentarzu ja zamarłam szczerze mówiąc wtedy, tym bardziej, że ja tam miałam pracować, a one po prostu mnie żywnie obgadywały. To pokazuje jaki poziom jest pań na oddziale.” (K9)

Neurologopedka zapytana o komunikację pomiędzy personelem a pacjentką odpowiedziała:

„Czasami jest tak, że to jest bardziej rozmowa z mamą niż praca z dzieckiem. Bardzo często tak jest. Uważam, że komunikacja jest bardzo istotna. Właściwie to nie wiem, jak można pracować bez takiej świadomości jak rozmawiać z tą mamą. Czasami wracając do domu jeszcze się zastanawiam 3 razy, czy na pewno dobrze to powiedziałam, czy to nie było za mocno, czy to było motywujące dla tej mamy, czy nie przesadziłam. Wiem, że pracuję z grupą bardzo trudną, w tym sensie, że to jest noworodek, człowiek, który się adaptuje do kompletnie nowych warunków, ale też mama, która się adaptuje do kompletnie nowych warunków. Czasami jest tak, że jest uskrzydłona, bo wszystko poszło super, tylko jakieś problemy są drobne, a czasami to jest osoba, która jest kompletnie przygnieciona tym, że to miało być inaczej, poszło zupełnie inaczej. Wielokrotnie w depresji, bądź w stanach trudnych i dołożenie jej jeszcze, np. że »Pani nie może nakarmić«, uważam, że będzie dla niej bardzo trudne i często jest tak, że te mamy mówią »To ja już nie daję rady, ja już z tym karmieniem się chyba poddam, bo to jest dla mnie za dużo«. Kobiety często komunikują też to, że słyszą co powinny, ale nie jak powinny. Raczej stwierdzenie pewnego stanu, a nie szukanie jak z tego wyjść. Bardziej oskarżenie, a nie drogę do tego jak z tego się wyplątać, więc mi się wydaje, że bardzo



duże znaczenie ma komunikacja. To od początku w zasadzie powinno być, już na sali porodowej czy operacyjnej”. (P9)

Jedna z kobiet opowiedziała o komunikacji jednocześnie okiem matki, jak i personelu medycznego, gdyż sama jest lekarką.

„Komunikacja - dopiero dowiedziałam się wychowując dzieci, jakie to jest ważne, jak zaczęłam szukać, ale chyba dużo rodziców tak ma. Jak to zrobić, żeby się dogadać z tym małym człowiekiem? Kiedyś na to mniej zwracałam uwagę, ale to jest coś co mi pomaga też dochodzić do porozumienia z dorosłymi ludźmi. Myślę, że ogólnie w medycynie jest problem z tą komunikacją. Widzę, że najwięcej pacjentów jest niezadowolonych wtedy, kiedy właśnie brakuje im rozmowy. A my nie mamy czasu na rozmowy, bo mamy bardzo dużo dokumentacji do wypełnienia, więc tu znowu system. Często jestem jako taki mediator trochę i tłumaczę, jak to wygląda, bo ktoś mi opowiada jakąś straszną historię, słyszę to i wiem już, dlaczego ktoś tak powiedział, z czego to wynika i oczywiście komunikat jest zły. Za tym stoją najczęściej właśnie problemy systemowe, brak czasu i nadmiar dokumentacji. Też rozumiem, dlaczego ona jest. Ona też jest ważna. To jest dla bezpieczeństwa pacjenta i mojego również, ale nie wiem... jakbym miała jakieś świetne pomysły to zostałabym ministrem zdrowia, ale nie mam”.
(K41)

Kolejne rozdziały pokazują rozliczne przykłady, w których komunikacja personel-pacjentka była podstawą trudności lub trudności zaogniała, ale już w tym miejscu możemy postawić następujący problem:





Problem!

Zdarza się, że kompetencje miękkie personelu są niewystarczające. Komunikaty kierowane w stronę kobiet bywają lekceważące, a nawet mają elementy przemocowe, co może przyczynić się do trudności natury psychicznej, a te z kolei zwiększają ryzyko wystąpienia trudności w karmieniu piersią i zachorowania na depresję poporodową.

3.2.2. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Kontakt „skóra do skóry” został wskazany jako jeden z „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”. Noworodki, które mają długotrwały kontakt skóra do skóry z matką (bezpośredni po urodzeniu, niezakłócony i trwający 90 minut), mają większe szanse na pomyślne karmienie piersią¹³⁰. Kontakt SDS ma wpływ również na odporność dziecka, przyspieszenie III okresu porodu (narodziny łożyska), a nawet może wpłynąć na rozwój psychoemocjonalny. Jest naturalny, związany z ludzką anatomią i fizjologią. W warunkach bliskości ciała matki i dziecka silnie aktywują się odruchy noworodkowe, a niezakłócona ich sekwencja jest najlepszym prognostykiem dla rozpoczęcia procesu laktacji. Kontakt SDS pomaga regulować temperaturę ciała noworodka i zasiedlić jego ciało pożytecznymi bakteriami ze skóry matki. Dziecko silnie odczuwa zapach siary – pierwszego mleka pełnego czynników odpornościowych i bioaktywnych, o bogatych właściwościach przeciwinfekcyjnych, zawierającego większą koncentrację oligosacharydów i innych pozytywnie wpływających na rozwój dziecka składników¹³¹, który przypomina zapach płynu owodniowego (czyli środowiska, które znało do tej pory).

¹³⁰ Li Z., Mannava P., Murray J.C.S. i wsp., *Association between early essential newborn care and breastfeeding outcomes in eight countries in Asia and the Pacific: a cross-sectional observational -study*, BMJ Glob Health 2020, 5(8):e002581, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002581> [dostęp: 30.11.2023]

¹³¹ Geddes D.T., Kakulas F., *7 Human Milk: Bioactive Components and Their Effects on the Infant and Beyond, Breastfeeding and Breast Milk – from Biochemistry to Impact*, (Ed, Family Larson – Rosenquist Foundation) Georg Thieme Verlag KG, The Global Health Network, 2018, <https://doi.org/10.21428/3d48c34a.de115c2a> [dostęp: 30.11.2023]



„Siara (młodziwo, łac. *colostrum*) to gęsta, żółta wydzielina gruczołów mlecznych kobiety po urodzeniu dziecka. Jest to pierwszy wytwarzany przez matkę pokarm w okresie laktacji. Gromadzi się w gruczole piersiowym właściwie jeszcze podczas ciąży, od około 20. tygodnia. Jej skład jest podobny do składu płynu owodniowego, unikalny i różny w zależności od czasu trwania ciąży. [...] Wyjątkowość składu siary jest następstwem otwartych w pierwszych dniach po porodzie połączeń międzykomórkowych (ang. tight junctions) nabłonka laktacyjnego w gruczole piersiowym matki. Dzięki tym szerokim przestrzeniom istnieje możliwość niemal swobodnego przenikania z krwi matki do jej mleka dużych cząstek biologicznie czynnych. Ich obecności siara zawdzięcza swoje wyjątkowe właściwości immunomodulacyjne, immunostymulujące, przeciwzapalne, odżywcze i troficzne. Po kilku dniach od porodu połączenia międzykomórkowe w nabłonku laktacyjnym zacieśniają się, co upodabnia mleko kobiece do składu pokarmu dojrzałego”¹³².

Zachęcanie do karmienia piersią w ciągu pierwszej godziny po urodzeniu, a następnie często maksymalizuje spożycie kalorii i płynów przez dziecko oraz stymuluje produkcję mleka¹³³. Ponadto dziecko jest „zaprogramowane”, by pełznąć po brzuchu mamy po ścieżce, którą jest linea negra (ciemna linia na brzuchu matki), aż do piersi oraz do samodzielnego przystawienia się do niej. To właśnie w ciągu dwóch pierwszych godzin po urodzeniu, należy

¹³² Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), Standardy Medyczne/Pediatrics 2014, T. 11, s. 26, https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

¹³³ Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf> [dostęp: 30.11.2023]



umożliwić dziecku dostęp do piersi, aby była możliwa optymalna inicjacja laktacji¹³⁴. Ponadto kontakt skóra SDS to także wiele korzyści zdrowotnych dla matki i dziecka, na które wskazuje WHO i UNICEF^{135, 136}.

W rozdziale S000 XI. *Postępowanie w III okresie porodu* kontakt „skóra do skóry” wskazany jest jako jeden z elementów ścieżki postępowania w III fazie porodu i jego wykonanie musi zostać udokumentowane.

„2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących działań:

[...]

7) osuszenia noworodka po wydobyciu i położenia go na brzuchu matki w kontakcie »skóra do skóry«, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła”.

(S000 XI. Postępowanie w III okresie porodu)

Warto podkreślić, że położenie noworodka po urodzeniu i osuszeniu w kontakcie „skóra do skóry” oznacza, że wszystkie czynności wymienione we wskazanym ust. 2. jako punkty przed punktem 7), czy po nim, należy wykonywać z dzieckiem leżącym na brzuchu matki, czyli m.in. założenie opasek identyfikacyjnych, przecięcie pępowiny czy ocena stanu noworodka. Wskazane zastrzeżenie realizacji kontaktu „skóra do skóry” to pozwalający na to stan ogólny noworodka i matki. Zapis ten nie jest jednoznaczny i może rodzić różne interpretacje. Warto podkreślić, że w III okresie porodu, kiedy następuje rodzenie łożyska,

¹³⁴ WHO, *Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed*, 2020 <https://who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed> [dostęp: 30.11.2023]

¹³⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Skin-to-skin contact*, <https://unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact> [dostęp: 30.11.2023]

¹³⁶ WHO i UNICEF, *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*, New York 2018, <https://reliefweb.int/report/world/capture-moment-early-initiation-breastfeeding-best-start-every-newborn> [dostęp: 30.11.2023]



czy jeśli konieczne jest szycie krocza, zaleca się, aby również te czynności odbywały się jednocześnie z trwającym kontaktem „skóra do skóry”. Kontakt SDS wpływa na wytwarzanie się oksytocyny, która korzystnie wpływa na obkurczanie się macicy i poród łożyska¹³⁷. W rozdziale S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem* podkreśla się, że jeżeli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, to w kontakcie SDS dokonuje się oceny noworodka według skali Apgar.

„5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:

[...]

b) ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne”.

(S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 1.)

W jednym z kolejnych punktów podkreśla się czas trwania kontaktu SDS oraz już bardziej jednoznacznie wskazuje, że nie może on zostać przerwany, jeśli nie występuje zagrożenie życia lub zdrowia noworodka lub matki.

„8) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką »skóra do skóry«, trwający dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej”.

(S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 1.)

¹³⁷ Baranowska B., Doroszevska A., Szykiewicz P., *Naukowe podstawy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo AEH, 2020, s. 42-44



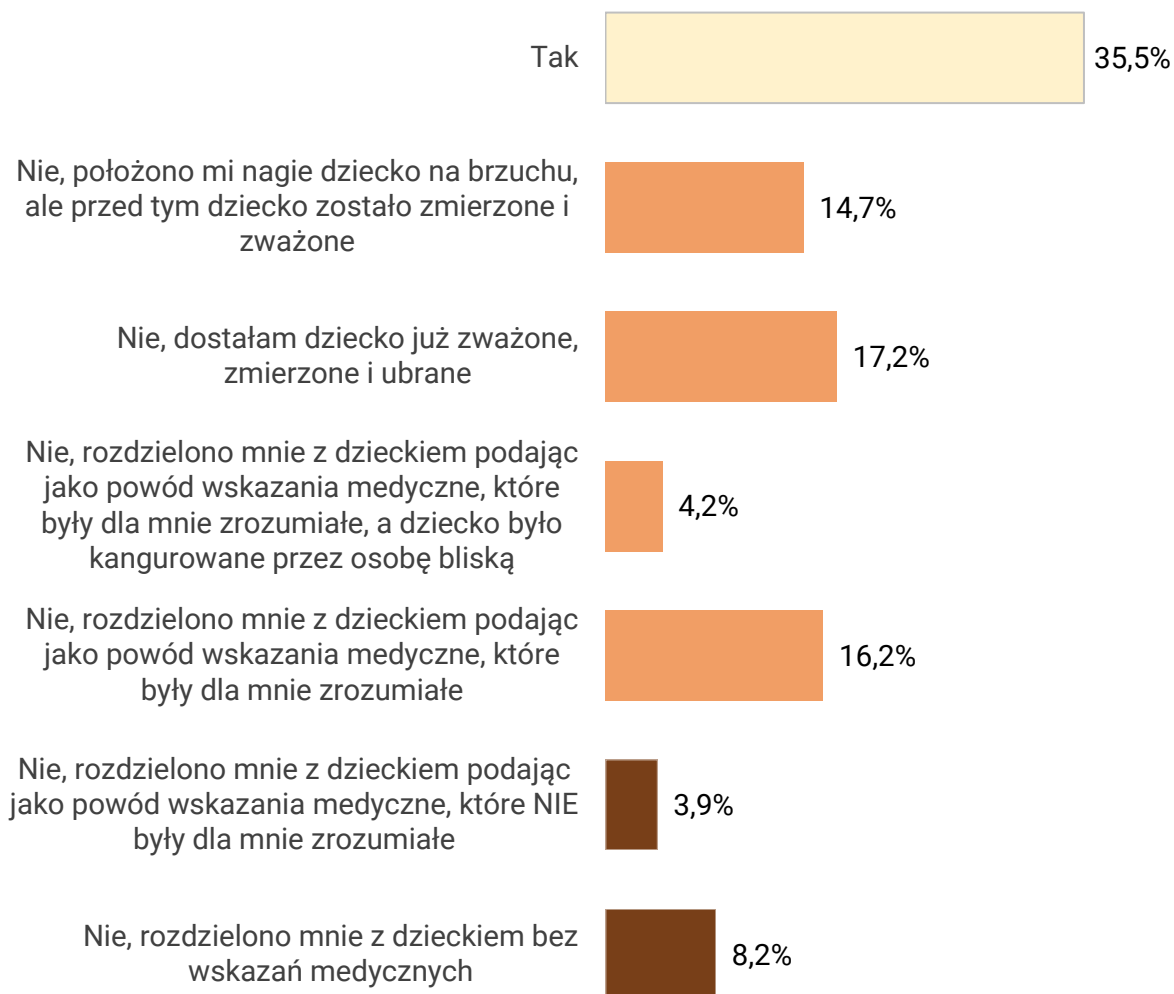
Wspomniane wcześniej czynności, a także ważenie, mierzenie, szczepienie nie są procedurami związanymi z ratowaniem życia i zdrowia noworodka, winny więc odbyć się po pełnym kontakcie SDS, czyli najwcześniej po dwóch godzinach kontaktu. Kontakt SDS nie może zostać przerwany również z powodu badania klinicznego przez lekarza neonatologa, chyba że następuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka:

„2) w okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka; badania tego nie należy wykonywać w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 8., jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 2.)

Kobiety, które urodziły w szpitalu zostały zapytane o to, czy od razu po porodzie odbył się pełen kontakt „skóra do skóry”. I tak 35,5% kobiet wskazało, że miało dwugodzinny kontakt „skóra do skóry” z dzieckiem od razu po urodzeniu. Dalej 14,7% kobiet otrzymało nagie dziecko na brzuch, ale już po zważeniu i zmierzeniu, natomiast 17,2% wskazało, że owszem dostało dziecko, jednak było ono już zważone, zmierzone i dodatkowo ubrane. Ponadto 4,2% kobiet podało, że zostały rozdzielone z dziećmi ze wskazań medycznych dla nich zrozumiałych i umożliwiono kangurowanie dziecka przez osobę bliską. Następnie 16,2% kobiet było rozdzielonych z dziećmi, jak podają ze zrozumiałych dla nich wskazań medycznych, zaś dla 3,9% wskazania medyczne będące powodem rozdzielenia nie były zrozumiałe. Ostatnie 8,2% kobiet zostało rozdzielonych z dziećmi, jak podały, bez wskazań medycznych (Ryc. 3.8.). Podsumowując, aż 44,0% kobiet, które urodziły w szpitalu wskazuje na brak kontaktu SDS lub jego przerwanie z przyczyn nieuzasadnionych medycznie lub niezrozumiałych dla kobiet.





Ryc. 3.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kontakt »skóra do skóry« to położenie nagiego dziecka tuż po urodzeniu, na brzuchu mamy. Mierzenie, ważenie, mycie, ubieranie i inne czynności pielęgnacyjne powinny odbywać się dopiero po ok. 2 godzinach od porodu, czyli po odbytym nieprzerwanym kontakcie »skóra do skóry«. Czy miałaś taki kontakt »skóra do skóry?«” (%; N=2471)

Jedna z kobiet, która udzieliła nam wywiadu, doświadczyła pełnego kontaktu SDS po porodzie czwartego dziecka.

„Mimo że byłam po dwóch cięciach, to pozwolono mi czekać i urodziłam siłami natury. Od razu był kontakt skóra do skóry. Jedyny moment, kiedy córka została zabrana na chwilę to została



przekazana do mojego męża na kangurowanie. To były dosłownie 3 minuty, kiedy sprzątno łóżko i ogarniano mnie, żeby przenieść mnie na łóżko, którym pojechałam na salę. Natomiast później już cały czas dziecko było ze mną. Za każdym razem pytano mnie, czy mogą je zabrać na przykład na ważenie czy badanie słuchu". (K47)

Inna kobieta, która urodziła siłami natury napisała:

„Miałam od razu kontakt skóra do skóry, jednak położona chciała najpierw zważyć i zmierzyć dziecko, na co nie pozwoliłam, mówiąc, że jeszcze będzie miała na to czas, a ja chcę dziecko mieć teraz przy sobie". (A1702)

Warto podkreślić, że na powyższe pytanie kobiety odpowiadały niezależnie od rodzaju porodu, czyli zarówno kobiety rodzące siłami natury lub drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie. Wśród wskazanych wyżej 35,5% kobiet, które potwierdziły odbycie się pełnego kontaktu SDS, były również kobiety, które urodziły przez cięcie cesarskie.

W 1996 roku w Norwegii w porozumieniu z Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia powstał film „Breast is best”, który pokazuje, jak karmić piersią z sukcesem, zawiera informacje na temat laktacji czy rozwiązywania problemów laktacyjnych, ale również jako ważny element inicjacji laktacji pokazuje bezpośredni, nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” po cięciu cesarskim, czyli rozpoczynający się jeszcze na sali operacyjnej. Matka jest wieziona na salę pooperacyjną z noworodkiem na brzuchu i tam kontakt ten jest kontynuowany. Procedura ta jest więc znana w Norwegii już od wielu lat. A poniżej czytujemy historię lekarki, która jeszcze jako studentka miała okazję mieć praktykę w Danii:

„Po 5 roku studiów, kiedy mogłam wyjechać na praktykę do Danii, trafiłam do stosunkowo niewielkiego szpitala, bo był to szpital powiatowy w miasteczku 30 km od Kopenhagi - szpital odpowiadający naszym szpitalom powiatowym. Natomiast to, co



tam zobaczyłam, to w tamtych czasach był to kompletny szok dla mnie jako studentki medycyny. Uczestniczyłam w wielu porodach. Tam zobaczyłam co znaczy kontakt »skóra do skóry« po porodzie. Zobaczyłam, podkreślam to był rok 1989, tatusiów, którzy towarzyszyli swoim żonom czy partnerkom w trakcie cięcia cesarskiego. Byli na sali cięć. Pamiętam tylko jeden moment, kiedy jeden z tatusiów został wyproszony z sali, bo urodziło się dziecko, które wymagało resuscytacji na sali porodowej. I to był jedyny poród, z którego tata został wyproszony na chwilę po to, żeby ratować życie jego dziecka. W czasach, kiedy jeszcze zupełnie się nikomu w Polsce nie śniło coś takiego. Jako studentka mogłam to oglądać, więc to były takie różne sytuacje, które gdzieś tam zapadały pewnie w pamięci i miałam ogromną potrzebę, żeby w Polsce również tak było”. (P3)

Neurologopedka, która udzieliła nam wywiadu, odwołała się do osobistych doświadczeń świadomego przygotowywania się do prawdopodobnego w jej przypadku porodu drogą cięcia cesarskiego. Będąc osobą posiadającą szeroką wiedzę o laktacji, odciągnęła siarę jeszcze w ciąży, by można było ją podać dziecku tuż po porodzie w razie ewentualnych komplikacji. Czuła się z tym bezpiecznie i jednocześnie przekazała personelowi jak ważny jest dla niej kontakt SDS po cięciu cesarskim jeszcze na sali operacyjnej.

„Cesarki mogą być przeprowadzane inaczej. Jestem na to dowodem. Druga cesarka w [nazwa szpitala] była totalnie łagodną cesarką i mała była nakarmiona na sali operacyjnej. Nie wiem, na ile udało się tak, że to ja o tym powiedziałam, że jest to dla mnie ważne, że bardzo proszę o taką możliwość. Być może ta siara, która tam była zamrożona i oni wiedzieli, że to jest dla mnie bardzo ważne też zadziałała i była taka możliwość. Ale udało się, więc



wyduje mi się, że przestrzeń na to jest, żeby to lepiej funkcjonowało, skoro takie rzeczy mogli zagwarantować. Wyciągnęli ją i tylko obtarli. Na pewno nie była ważona i mierzona. Wiem, bo cała rodzina pisała sms, ile waży, a ja nie miałam pojęcia. Była na tej sali operacyjnej ze mną jeszcze jak byłam zszywana. To właśnie wtedy ją miałam na sobie. Potem na moment, kiedy mnie przewożono na chwileczkę mąż ją dostał, ale też to było poprzedzone rozmową. Też miałam zupełnie inną świadomość przy tej 2 cesarce, bo już wiedziałam, co mnie czeka. Dla mnie wartością jest to, że jednak można, bo byłam cały czas przekonana, że to jest niemożliwe. Dostałam ją na siebie. Miałam cały przed sobą parawanik i ona leżała tak bardziej nóżkami na żebrach, tu miałam do piersi ją dostawioną i co ważne była pani, która pomogła, właśnie ona mi ją położyła i przytrzymała. Myślę, że ta oksytocyna zupełnie inaczej pracuje na tym etapie, kiedy mam to dzieciątko na sobie. Nawet jeżeli to było trudne dla mnie, samo doświadczenie cesarki, to ona już jest tutaj u mnie i nie zniknęła mi nagle tak, że nie wiem, gdzie ona jest, nie widzimy się". (P9)

W Polsce działa inicjatywa „Maluchy na brzuchy”, która corocznie od 2020 roku publikuje raporty i rankingi z realizacji prawa do kontaktu „skóra do skóry” po porodzie w polskich szpitalach¹³⁸. W tych rankingach szpitale, które wykazały się wysokim stopniem bezpośredniego kontaktu skóra do skóry po cięciu cesarskim otrzymują symboliczne medale tzw. Szmaragdowe „Maluchy na brzuchy”. W 2022 r. takim medalem zostało odznaczonych 6 szpitali. Jednak w przypadku porodu przez cięcie cesarskie najczęściej na czas szycia ran pooperacyjnych dziecko jest zabierane od matki. Czasami zdarza się, że dziecko przekazywane jest do kangurowania osobie bliskiej, choć wciąż nie jest to standardowa procedura. Dopiero po przewiezieniu matki na salę pooperacyjną jest przekazywane jej

¹³⁸ <https://maluchynabrzuchy.pl> [dostęp: 30.11.2023]



do kontaktu SDS. To oczywiście nadal jest ogromnie ważne i korzystne, w porównaniu z brakiem kangurowania przez osobę bliską, czy brakiem położenia nagiego dziecka na matce już na sali pooperacyjnej. Warto natomiast zdawać sobie sprawę, że kontakt „skóra do skóry” po cięciu cesarskim może rozpoczynać się już bezpośrednio na sali operacyjnej i być tym samym nieprzerwanym kontaktem. Niektóre z kobiet po cięciu cesarskim tak odniosły się do faktu, że miały kontakt SDS:

„Lekarz neonatolog jeszcze, kiedy lekarze mnie zszywali (poród przez cięcie cesarskie) przyniosła dziecko i od razu pomogła przystawić do piersi. Dziecko zaczęło szukać brodawki. Neonatolog pomogła nakierować i maluszek się już przyssał do mnie :)”.
(A1181)

„Tak, miałam kontakt skóra do skóry, ale tylko dlatego, że to wywalczyłam i kazałam położyć dziecko na mnie po cięciu cesarskim”. (A2332)

Pełen i nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” po cięciu cesarskim nie został dodatkowo wyróżniony w S000, choć również nie widnieją żadne zastrzeżenia co do rodzaju porodu, po którym taki kontakt SDS powinien się odbyć, zaś z praktycznego punktu widzenia jego wykonanie zależy od stanu zdrowia matki i dziecka, dobrej woli personelu oraz możliwości organizacyjnych placówki. Jeżeli dochodzi do kontaktu „skóra do skóry” po porodzie drogą cięcia cesarskiego, to najczęściej położenie dziecka na matce nie następuje bezpośrednio po urodzeniu, ale dopiero na sali pooperacyjnej, więc nie można mówić o pełnym i nieprzerwanym kontakcie SDS:

„Miałam kontakt, kiedy zawieziono mnie na salę pooperacyjną. Prosiłam o kontakt skóra do skóry na sali operacyjnej, ale mi odmówiono”. (A1871)



„Na sali operacyjnej dziecko miałam na moment przy twarzy. Później jak zostałam przewieziona na salę pooperacyjną, to był kontakt skóra do skóry i trwał przez dwie godziny”. (A1484)

„W tym szpitalu jest to standard. Praktycznie od razu po porodzie policzek do policzka mi go przytulono. On jeszcze był tylko tak troszeczkę w chustę chirurgiczną owinięty, że nie było mu zimno. Natomiast jak tylko mnie dowieziono do sali pooperacyjnej, to od razu dostałam go skóra do skóry. Położono mnie wygodnie na łóżku, jeszcze u mnie znieczulenie działało i od razu był u mnie przy piersi. On się urodził 8:20-8:30 a przed 9 już byliśmy już razem na sali”. (K27)

Stoimy na stanowisku, że wszystkie kobiety powinny mieć takie same szanse w zakresie kontaktu SDS. Szanse nie uzależnione od nakładów finansowych. Niedopuszczalne naszym zdaniem jest uzależnianie możliwości odbycia kontaktu SDS od uiszczania jakichkolwiek opłat, w tym opłaty za osobny pokój po porodzie. Konieczność wynajęcia osobnego pokoju poporodowego, tak jak w przypadku kolejnej kobiety, nie może determinować umożliwienia kontaktu SDS oznacza to bowiem, że w sposób rutynowy, organizacyjny ogranicza się części kobietom i ich dzieciom prawo do tego kontaktu.

„W przypadku cesarskiego cięcia jedyną możliwością, żeby mąż był przy mnie i żeby mógł zobaczyć dziecko to była możliwość wynajęcia apartamentu. Zastłaniano się covidem cały czas, że normalnie tak oczywiście była taka możliwość, ale przez pandemię jedyną możliwością żebyśmy byli razem i żeby był kontakt skóra do skóry z tym dzieckiem od razu. Wprost pokazano mi te różnice, że jeżeli mamy apartament, to od razu dziecko jest przewożone do męża i też od razu dołączę do nich, a jeżeli nie mam



apartamentu, to musiałabym spędzić dwie godziny na sali pooperacyjnej. Dwie godziny nie będę tego dziecka widziała i dla mnie w głowie to był ogromny czas rozłąki. Miałam tak mocne poczucie, żeby to dziecko było przy mnie jak najszybciej, że byłam skłonna po prostu dać każde pieniądze, żeby to się stało. Mówili, że nie wiadomo, jak będzie z tym kangurowaniem przez ojca po cięciu, więc też, jeżeli zapłacimy to przynajmniej będzie mój mąż mógł ją kangurować. Wynajęliśmy w końcu apartament, który kosztował 2100 zł. Stwierdziliśmy, że nie będzie wakacji w tym roku, więc mieliśmy wakacje w apartamencie 10 m² razem z łazienką. Nie mogliśmy nawet na korytarz wyjść przez to, że była pandemia. Bardzo mnie bolało, że musimy tyle pieniędzy wydać. Dla nas to była ogromna suma, ale mieliśmy tak mało czasu na decyzję. Dowiedziałam się z dnia na dzień, że będę miała cięcie cesarskie. Miałam kilka godzin na decyzję. Byłam trochę przerażona wizją bycia samej z dzieckiem po cesarskim cięciu. Stosunkowo krótki czas, jakieś 15-20 minut po zszyciu mnie, spędziłam na tej sali pooperacyjnej i przewieziono mnie do tego apartamentu do męża. Jeszcze chwilę miał córkę na klatce piersiowej i po kilkunastu minutach przyszła położna, położyła dziecko na mnie. Pierwsza zapytałam, kiedy będzie próba karmienia. Powiedziała, że za jakiś czas możemy spróbować i faktycznie za jakiś czas położna przyszła i próbowała mi córkę przystawić do piersi”. (K45)





Droga kobieto!

O kontakcie „skóra do skóry” czy o szpitalach, które w wysokim stopniu zapewniają ten kontakt, dowiesz się więcej zapoznając się z inicjatywą „Maluchy na brzuchy” – materiałami oraz rankingami, w których przyznawane są szpitalom Złote, Srebrne, Brązowe i Szmaragdowe odznaki „Maluchy na brzuchy”, w zależności od stopnia realizacji kontaktu SDS. Informacje znajdują się na stronie internetowej:

<https://maluchynabrzuchy.pl>

oraz na profilu inicjatywy na Facebooku. Tam możesz znaleźć również wiele filmików i zdjęć tego, jak powinien wyglądać pełen, nieprzerwany kontakt SDS, zarówno po porodach siłami czy drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie.

Wśród odpowiedzi na wspomniane wcześniej pytanie o kontakt SDS, niepokoją kilkunastoprocentowe wskazania na przerwanie lub opóźnienie tego kontaktu z powodu procedur niewynikających z zagrożenia życia matki czy dziecka – procedur jak ważenie, mierzenie (14,7%), czy dodatkowo ubranie dziecka (17,2%).

„Dziecko zaraz po narodzinach położono mi na chwilę na klatkę, po kilku minutach znów mi dano, ale już w ubraniu twierdząc, że jest wyziębione i wtedy miałam je przy sobie 2h... Wiem, że położnej spieszyło się do domu i trzeba było salę szybko posprzątać”.

(A143)



„Urodziłam i dziecko natychmiast mi podano. Przytuliłam go. Po chwili go zabrano do zważenia, zmierzenia, osuszenia. Była lekarka. Ocenili w skali Apgar. Dano mi syna znów, potem przeszłam do sali przedporodowej. Przystawiono mi syna do piersi. Położna trochę z nim walczyła, żeby zassał. On nie chciał, a potem przeszłam do zwykłej sali i miałam dziecko, ale już w ubranku. Kontaktu SDS nie było tak jak mówili w szkole ani jak pisało w książkach. Żadnych 2h jednym ciągiem po porodzie. Drugim razem bardziej o to zawalczę, mam nadzieję”. (A1781)

„Położono córkę na mnie tylko na chwilę, po czym zabrano mówiąc, że tylko na moment i mi ją oddadzą. Myślałam, że potem będzie kontynuowany kontakt »skóra do skóry«, ale córka była już ubrana, a ja nie miałam siły ani odwagi zaprotestować”. (A2037)

„Najpierw zabrały go chyba położne. Oce niły skalę punktową i zważyły. Nie wiem czy coś jeszcze. Nie informowano mnie o tym”. (A204)

„Położono mi dziecko na brzuchu, później na klatce piersiowej, pozwolono przytulać, ale była to zasługa pielęgniarki noworodkowej, której jestem bardzo wdzięczna za to (trafiłam na dobrą zmianę, nie wszystkie pielęgniarki tak robią). Jednak kontakt ten nie trwał 2 godziny. Trwał może 5 minut, później dziecko zważono, zmierzono, zbadano, ubrano, ja miałam szyte krocze, a dziecko dostałam ponownie już na sali poporodowej. Przy pierwszym dziecku ten kontakt skóra do skóry był bardzo



krótki, jeszcze krótszy, może minuta, może nawet mniej i dziecko położono na podbrzuszu, nie mogłam go przytulić, zabrano go bardzo szybko, a był w dobrym stanie, nie wymagał nagłych interwencji medycznych”. (A2482)

„Dziecko przynieśli w beciku. Było już wytarte, ubrane. Byłam tak rozkojarzona po tym porodzie, że go z tego becika nawet nie wyciągnęłam, więc ono nie miało takiego typowego kontaktu skóra do skóry. Szczerze powiem, że po prostu to nawet nie pomyślałam wtedy. Byłam tym porodem tak oszołomiona. Miałam oksytocynę podawaną, bo miałam wywoływany poród, więc ja naprawdę nie byłam w stanie za bardzo logicznie myśleć. Martwiłam się, żeby to dziecko przystawić przez te 2 godziny. Faktycznie miałam je przez 2 godziny i przykładałam je do piersi. Ale łóżko, w którym byłam z dzieckiem, łóżko do rodzenia, było strasznie niewygodne i szczerze mówiąc chciałam już pójść do pokoju. W Niemczech przy poprzednim porodzie to wyglądało inaczej. Tam było normalne łóżko, takie jak są w hotelach. One miały tylko podkład wyłożony. Na tym się rodziło i tam było wygodnie leżeć. A w Polsce to łóżko było takie, że ja już naprawdę chciałam stamtąd pójść. Było wąskie. Bałam się, że dziecko mi gdzieś się przesunie i nie było nawet miejsca, żeby tam się położyć. Ona nie była do końca na mnie przez ten becik i dopiero w sumie jak poszliśmy do pokoju to żeśmy się mogły i poprzytulać i spędzić czas, tak typowo w wygodnym miejscu. Ja też byłam nacięta, więc mi nie było za wygodnie na twardym łóżku tam leżeć. No trochę to była ściema z tymi dwoma godzinami szczerze mówiąc”. (K26)



„Położono mi dziecko od razu po porodzie na gołą skórę, ale położna naciskała, żeby zważyć i zmierzyć dziecko. Partner się nie zgodził. Tłumaczył, że mamy takie prawo. Położna zawołała panią ordynator, która zaczęła na nas krzyczeć, że ona nie ma później czasu, żeby zważyć i zmierzyć dziecko i że jeżeli będzie coś nie tak, to będzie nasza wina”. (A526)

Zdarzało się, że prawo kobiet i dzieci do kontaktu SDS nie było respektowane nawet pomimo, zapisu w planie porodu przedstawionym przez kobietę:

„Otrzymałam dziecko kilka minut po porodzie, gdy było już zważone i zmierzone. W planie porodowym miałam zaznaczone, czego oczekuje i kilkakrotnie o to się upominałam. Najzabawniejszy był plakat wiszący na porodówce, dotyczący nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry, który sugerował matce »Mamo, twoje dziecko nie urośnie przez te dwie godziny«, a to personel nie stosuje się do tego”. (A53)

„Położono na brzuchu na ok. 5 min, a następnie zabrano na ważenie i mierzenie. Przerwa w kontakcie trwała ok. 1-2 min. W planie porodu zaznaczyłam, że chcę nieprzerwany kontakt”. (A158)

„Kontakt skóra do skóry był przez chwilę i zabrali dziecko na pomiary. Oddali je już ubrane. Wydaję mi się, że stało się tak, bo było to przed końcem zamiany. W planie porodu zaznaczyłam, że zależy mi na 2 godzinach kontaktu”. (A518)



Wspominałyśmy wcześniej o kontakcie SDS po porodzie przez cięcie cesarskie, który nawet jeśli jest opóźniony i wykonany dopiero po przewiezieniu na salę pooperacyjną, jest ogromnie istotny. Jednak nawet taki kontakt, jak wynika z odpowiedzi kobiet, często nie jest wykonywany z powodu procedur niewynikających z zagrożenia życia matki czy dziecka.

„Po cesarskim cięciu dziecko zostało zbadane, zważone i podano mi je ubrane. Na moją prośbę rozebrano dziecko i przyłożone skóra do skóry”. (A2098)

„Ja już, odkąd się obudziłam, wypytywałam, gdzie jest dziecko i czemu mi go nie dadzą. Położna położyła w końcu dziecko na mnie, oczywiście ubrane po wszystkie części garderoby, więc o kangurowaniu żadnym nie było mowy. Było to godzinę po tym, jak przyjechałam na salę pooperacyjną, więc uważam, że to długo. Jak pytałam, gdzie jest dziecko to mówiły: »No leży tam pod lampą. Zimno mu było, to go wsadziłyśmy pod lampę«. Dziecko dziewczyny, która miała cięcie po mnie, też wsadziły pod tę lampę, no grzałkę po prostu. Na zwykłej sali, obok niby. Dziecko urodziło się z 10 punktami w skali Apgar. Nie było żadnych problemów. Ogólnie ja jestem lekarzem i ze mną na oddziale była koleżanka stażystka, która chodziła i wypytywała, gdzie jest dziecko i dlaczego jeszcze nie jest z matką. W końcu, po którejś jej interwencji przyniosły mi to dziecko. Ta koleżanka tam pracowała po prostu, była jako personel, tylko, że jako stażystka, a tam w szpitalu niewiele liczy się zdanie stażysty”. (K9)



Należy podkreślić, iż to właśnie w kontakcie skóra do skóry dziecko ma szansę na najszybsze osiągnięcie właściwej temperatury ciała. Cytując za Fundacją Rodzić po Ludzku:

„Badania pokazują, że dzieci położone bezpośrednio na ciele matki szybciej osiągają właściwy poziom adaptacji do życia pozamacicznego w zakresie termoregulacji¹³⁹”.

„Nie ma zatem konieczności umieszczania zdrowego, donoszonego noworodka zaraz po porodzie pod cieplarką lub innym źródłem sztucznego ciepła. Pamiętać oczywiście należy, iż noworodek powinien zostać osuszony suchą, ciepłą pieluszką, a jego główka i plecy powinny być okryte¹⁴⁰”.



Problem!

Niezapewnianie pełnego, nieprzerwanego, dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry” z powodu wykonywania procedur niewynikających z zagrożenia życia matki lub dziecka ani ich złego stanu ogólnego, jak: ważenie, mierzenie czy ubranie noworodka, w tym z przyczyn organizacyjnych placówki u jednej na trzy kobiety (31,9% ankietowanych, spośród tych, które rodziły w szpitalu). Przez nieuzasadnione wykonywanie różnych procedur kobietom odbierana jest możliwość optymalnej inicjacji laktacji.

¹³⁹ Ferber S.G., Makhoul I.R., *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 2004, 113(4):858-65, <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.858> [dostęp: 30.11.2023]; cyt. za: Baranowska B., *Kontakt „skóra do skóry” (STS) a termoregulacja noworodka*, 2013, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/pierwszy-kontakt-baza-wiedzy/kontakt-skora-do-skoryq-sts-a-termoregulacja-noworodka/> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁴⁰ Baranowska B., *Kontakt „skóra do skóry” (STS) a termoregulacja noworodka*, 2013 <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/pierwszy-kontakt-baza-wiedzy/kontakt-skora-do-skoryq-sts-a-termoregulacja-noworodka/> [dostęp: 30.11.2023]



Zdarzało się, że zanim dziecko podano kobiecie, wykonywano badanie noworodka. Cytowałyśmy wcześniej zapisy S000 o tym, że może ono zostać wykonane do 12 godzin od narodzin, jeśli nie występuje podejrzenie zagrożenia dla życia i zdrowia noworodka. Gdyby takowe wystąpiło najpewniej nie byłoby czasu na mierzenie i ważenie dziecka.

„Po zmierzeniu zważeniu i zbadaniu przez pediatrę oddano mi dziecko na dwie godziny, a potem przewieziono nas na salę”.

(A1305)

Kolejnymi procedurami niezagrażającymi życiu matki i dziecka, dla których przerywano kontakt SDS było rodzenie łożyska czy szycie krocza.

„Z jednej strony dostałam dziecko od razu. Momentalnie. Jeszcze brudne mokre i tak dalej. Ono sobie ze mną chwilę leżało. Z drugiej strony, to była chwila. Potem je wzięli pod ten napromiennik, zanim mnie ogarnęli: urodziłam łożysko, zszyli. Także dostałam dziecko po 15-20 minutach. Natomiast tata tam sobie głaskał, robił zdjęcia trzymał za rączkę i tak dalej”. (K32)

„Dziecko nagie zostało podane zaraz po porodzie. Następnie wzięto je do ważenia, a ja rodziłam łożysko. Po tym znów podano mi dziecko. Było o po 20/30 minutach”. (A1964)

„Początkowo położono dziecko na moim brzuchu, po czym przerwano kontakt. Dziecko zostało zmierzone, zważone, zbadane. W tym czasie mi zakładano szwy na kroczu”. (A2094)



„Podczas szycia krocza zabrano mi dziecko. Szycie trwało bardzo długo. W tym czasie dziecko trzymał mąż. Tylko chwile dziecko było na moich piersiach. Nie mogłam go nawet przystawić, żeby zaczęło ssać pierś. Lekarz bardzo szybko chciał zszyć krocze, ponieważ kończyła się jego zmiana. Po zszyciu dziecko było już ze mną”. (A224)

„Panie mi dały synka od razu jak ze mnie wyszedł, mąż przeciął pępowinę, jak jeszcze synek był na mnie. On chwileczkę, tak z 3 minutki poleżał. Panie go wzięły do zważenia, zmierzenia, do ubrania i żebym ja urodziła łożysko i do łyżeczkowania, bo się okazało, że kawałek łożyska został. Oporządziły mnie może w 20 minut i wróciłam z ubranym synkiem już na salę. Byłam z nim cały czas już do końca. Zabierały go ewentualnie na szczepienie, badanie. Z drugą córką w innym szpitalu kontakt do skóry był chwileczkę. Potem zabrano dziecko do mierzenia, ważenia, ubrano je i dano mi je z powrotem na tym łóżku, gdzie rodziłam. Po dwóch godzinach zabrano córkę na oddział noworodkowy, a mnie przeniesiono na salę. Mówiono mi, że przywiozą mi córkę, a ja już pół godziny byłam na tej sali i córki nie przywieziono. Przywieziono obiad i ja już byłam zaniepokojona, bo czułam taką potrzebę, żeby była ze mną i sama musiałam iść na oddział, po tym porodzie po trzech godzinach, musiałam sobie potupać i łaźać po szpitalu, żeby córkę po prostu wziąć. Panie były zdziwione, że ja chcę córkę”. (K56)

„Urodziłam i oni powiedzieli, że to teraz mnie muszą pozszywać i powiedziałam że »W takim razie proszę, żeby dziecko w tym



czasie kangurował tata, bo nam to przysługuje», a oni, że chcieli zabrać dziecko na badania, oni tu nie mają fotela, ale w końcu powiedzieli »Ojej, no dobrze«, że coś zorganizują». (K51)

Poniższa historia pokazuje jak ważna jest postawa i podejście do kontaktu SDS personelu medycznego. W tym przypadku dopiero poważne komplikacje podczas porodu łożyska spowodowały przerwanie kontaktu „skóra do skóry”, choć podczas łyżeczkowania dziecko było wciąż na mamie. Kobiecie udało się doświadczyć dopełnienia noworodka do piersi.

„Moje łożysko się roztrzaskało i wszystko zostało w środku. Zaczęli wyciągać strzępy. Zrobili mi od razu łyżeczkowanie, takie co się tradycyjnie robi, ale ja leżałam z moją córeczką na piersi. Cały czas ze mnie te skrzepy się wydostawały, mimo tego łyżeczkowania i pod tym względem nie było dobrze. Przywieźli aparaturę do USG, i stwierdzili, że po prostu będą musieli ją na chwilę zabrać, na czas dokładnych badań. Pani się zapytała, czy w tym czasie może ją pomierzyć. Ja powiedziałam, że nie ma problemu, skoro i tak mi ją zabierają. Natomiast potem mi robili operację, to było traumatyczne i tylko myślałam o tym, żeby było wszystko dobrze, żebym ja przeżyła. Nie myślałam o tym, czy ona jest ze mną czy nie. Natomiast na pewno zapytali się mnie, a na pewno od razu po urodzeniu została mi położona na piersi. Specjalnie zrobiłam ten test, co kiedyś widziałam na filmie, że dziecko samo dopęłza do piersi. Specjalnie ją niżej położyłam, no bo już byłam świadomą mamą drugiego dziecka. I rzeczywiście się doczołgała do tej piersi. Mówiłam nawet do męża »Zobacz, zobacz! To jednak działa!« (K8)



Poniżej podajemy przykłady rozdzielenia matki i dziecka bez wskazań medycznych lub ze wskazaniami, które nie były dla kobiet zrozumiałe:

„Dosyć szybko mi go zabrali. Tłumaczyli się tym, że niby się wychłodził. Dosyć chłodno było na tej sali porodowej. Wsadzili go do inkubatora. Wątpię, czy to było potrzebne. Uważam, że ciałem moglibyśmy się sami ogrzać. Ciało matki jest, kontakt skóra do skóry, no a tu był zabrany do inkubatora. Leżeliśmy na tej samej sali, ale ogrzewał się w inkubatorze, zamiast na mnie. Pierwsze karmienie również nie odbyło się w ciągu 2 godzin, bo 2 godziny to leżałam na tej sali, zanim mnie przywieźli na normalną salę. Był problem potem, żeby pierwszy raz załapał pierś. Dosyć późno się przyssał, no ale po wielu próbach się udało. Gdyby to pierwsze karmienie wcześniej się rozpoczęło, to może nie byłoby tych początkowych trudności”. (K18)

„Nie miałam kontaktu SDS. Dostałam dziecko owinięte w »coś« na nieodstłoniętą klatkę piersiową na kilka minut. Później zostało zwarzone i zmierzone, następnie pielęgniarki zabrały je na kolejne dwie godziny (w sumie nie wiem, dlaczego)”. (A2033)

„Dostałam dziecko po zważeniu i ubraniu. Położne za powód zabrania dziecka podały znieczulenie, które dostałam podczas nacięcia krocza (o czym nie byłam poinformowana w czasie porodu)”. (A1272)



„Dziecko zostało umyte mimo mojego sprzeciwu. Później kontakt skóra do skóry trwał około pół godziny i rozdzielono mnie z dzieckiem. Nie pozwolono mi przy nim być. Odwieziono mnie na salę poporodową. Dziecko przyniesiono do mnie później. Nie było żadnych wskazań medycznych. Panie położne chciały bez mojej obecności zmierzyć zważyć i ubrać dziecko. Okropne przeżycie. Odebrano mi moje podstawowe prawa”. (A720)

Również leki znieczulające podawane podczas cesarskiego cięcia najczęściej nie są przeciwwskazaniem do rozpoczęcia karmienia piersią w kontakcie „skóra do skóry”. Zauważmy, że mają już one potencjalny wpływ na dziecko będące jeszcze w łonie matki. Światowe wytyczne i praktyka wielu szpitali pokazuje, że można zastosować leki niosące niskie ryzyko dla dziecka¹⁴¹. Kluczowa jest obserwacja mamy. Pomimo tego, niektóre szpitale rutynowo stosują po cięciu cesarskim procedury, które uniemożliwiają kobiecie i dziecku szybki kontakt SDS po porodzie, argumentując fakt koniecznością odpoczynku matki czy podania leków przeciwbólowych.

„Zdecydowaliśmy o cięciu i córka urodziła się po godz. 20, więc późno wieczorem. Prosiłam, żeby dali mi ją jak najszybciej. Byłam sama na sali pooperacyjnej. Powiedzieli mi »Odpocznij sobie. Teraz masz czas, by przespać się w nocy«. Byłam przekonana, że oni jakoś wcześniej tę córkę dadzą dlatego, że przy pierwszym porodzie, a rodziłam przez cięcie, to od razu na sali pooperacyjnej dostałam jeszcze córkę do piersi i całą dobę leżała ze mną ciało do ciała. Tylko to było w innym szpitalu. Teraz nie było jakichś przeciwwskazań, żeby córka ze mną została. Miała 10 punktów w skali Apgar, ja nie miałam powikłań. Pytałam położnej nawet,

¹⁴¹ Morze K., *Znieczulenie ogólne a karmienie piersią – wytyczne*, 2019, <https://laktaceuta.pl/znieczulenie-ogolne-a-karmienie-piersia/> [dostęp: 30.11.2023]



którą miałam wykupioną do porodu, kiedy mi tę córkę przywiozą. Usłyszałam »Na razie odpoczywaj«. Zbывali mnie lekarze i położne. Lekarz powiedział coś tak, że teraz dostaje silne leki, morfinę, ale ja wiem, że to nie przeciwwskazanie, bo ja przy starszej normalnie karmiłam przy morfinie i wiedziałam, że nie ma przeciwwskazania, ale zabrakło trochę takiej wewnętrznej walki. Nie mogłam się ruszać, więc też mi było ciężko. Miałam zapisane w planie porodu, że nie chcę, żeby dokarmiali dziecko mieszanką. Lekarz neonatolog zaproponował, że jednak może by ją dokarmili. Jakoś tak zapytał mówiąc, że to nic złego. Byłam w szoku, powiedziałam już dobra niech to po prostu tak się stanie i oczywiście teraz sobie nie mogę tego wybaczyć, że tak zrobiłam. Nie zaważyłam. Bardziej nie postawiłam na swoim, ale było za późno. Przewieźli mnie na taką normalną salę po 2 godzinach i całą noc nikt do mnie nie przychodził. I tak nie zmrużyłam oka przez całą noc. Cały czas myślałam, gdzie ona jest, ale nie byłam jeszcze w takim stanie, że tak rozpaczliwie, ale nad ranem mówię »Kurczę, chciałabym, żeby ją przywieźli«. Około godz. 6 pielęgniarki przyszły zmierzyć temperaturę itp. Nikt nie pomagał mi się pionizować. Śmiać mi się chciało, bo ja leżałam, jeszcze nie byłam spionizowana nadal po tylu godzinach, a pani, która około godz. 7-8 przynosiła śniadanie wpadała i wypadała. Tak postawiła to śniadanie w rogu, tak hen daleko ode mnie i wyszła. Nawet nie wiedziała, że nie jestem w stanie wstać. Dopiero po tym śniadaniu przywieźli córkę. Ile dali, nic nie wiem. Nie mam informacji dokładnej, ale może jakbym wyciągnęła, dokumentację, to bym się dowiedziała. Przyjechała taka spokojna. Spała. Od razu ją przystawiłam. Wybierając szpital kierowałam się tym, że jest tam największy odsetek udanych porodów naturalnych po cięciach cesarskich,



ale miałam świadomość tego, że jeżeli nie uda urodzić naturalnie, to mi ją zabiorą. Wiedziałam, że ten szpital tak robi. Szukałam informacji. Jestem na grupie »Naturalnie po cesarce« i tam dziewczyny, które opisywały nieudane porody naturalne, to pisały, że się kończyło tym, że dziecko zabierali. Tylko, że jakbym urodziła rano do południa, to bym dostała córkę wcześniej, bo właśnie na ostatni dzień przywieźli dziewczynę, która miała cesarkę o godz. 10-11 i jej po dwóch godzinach przywieźli to dziecko. W dzień się dało, a w nocy się nie dało, bo się nikomu nie chciało”. (K24)

W powyższej historii personel zbywał prośby o podanie dziecka matce od razu po porodzie. Kolejna historia również wskazuje na stosowanie rutynowego oddzielania matki i dziecka po porodzie przynajmniej na dwie godziny. To, że dziecko nie było rozdzielone z matką przez jeszcze dłuższy czas, było wynikiem próśb matki, aby dziecko przywieziono. Sugerowanie, że kobieta po operacji będzie musiała sama zajmować się dzieckiem, najwyraźniej w celu zniechęcenia jej do kontaktu z nim, jest naszym zdaniem niedopuszczalne. W tej historii również nie zaproponowano kangurowania dziecka przez osobę bliską, pomimo braku jakichkolwiek przeciwwskazań.

„Wyciągnęli ją, pokazali mi, przystawili do policzka, poszli pokazać ją mojemu partnerowi, a mnie zaczęli zszywać. Potem zawieźli mnie na salę pooperacyjną, na której leżało 5 innych kobiet. Jak mnie wieźli na tę salę, to jeszcze w drodze spotkałam mojego partnera i dowiedziałam się, że pozwolili mu zrobić zdjęcia i wzięli córkę na salę noworodkową. Nie kangurował jej. Wiedziałam o tym, że kangurowanie jest ważne, ale chyba założyłam, że na 100% urodzę naturalnie. Myślę, że na takim poziomie emocjonalnym nie dochodziło to do mnie, że to się tak może skończyć. W związku z tym też nie zadbałam o tę opcję przed porodem, żeby dać szansę



na kangurowanie partnerowi, jeżeli się to skończy cesarką. Trzy miesiące później moja bratowa rodziła w tym samym szpitalu i oni mieli położną wykupioną, bo my nie mieliśmy, i ta położna załatwiła mojemu bratu kangurowanie. Jego syn urodził się przez cesarskie cięcie i ta położna od razu wzięła go i dała bratu. Był kangurowany przez 2 godziny. Dopiero potem poszedł do swojej żony z nim, więc oni nie zostali rozdzieleni. To wynikało wyłącznie z tego, że położna o to zadbała. To nie jest standardowa procedura w tym szpitalu. Mnie wzięli do tej sali pooperacyjnej. Mój partner poszedł tam ze mną, a to były jeszcze czasy covidowe i odwiedziny były tylko pomiędzy godz. 16 a 18. Córka się urodziła o 14:30, więc około godz. 15, jak mnie tam zawieźli, to powiedzieli partnerowi, że musi wyjść, ale że za godzinę może wrócić na odwiedziny. Partner wyszedł i wrócił. Myślałam, że 3 minuty minęły, bo po prostu zasnęłam i spałam przez tę godzinę. Jak on przyszedł to zaczęłam się pytać o to, gdzie jest dziecko i czy mogą mi je dać. Widziałam, że inne panie nie mają tam dzieci. Powiedzieli mi, że mogą mi dać, a co też było dziwne, usłyszałam »Ale to jak już pani dostanie, to już nie ma odwrotu. To pani się musi nim zajmować«. Ja cały czas nie czułam nóg. Nie zeszło ze mnie znieczulenie, ale powiedziałam, że tak, że chcę córkę i mi ją przynieśli przed godz. 17 jeszcze jak P. tam był. Ona mi leżała wtedy na piersi i faktycznie mnie rozebrali, rozebrali ją. Na tej sali pooperacyjnej była taka całkiem fajna położna, która mi zaczęła ją przystawiać do piersi. Mam nawet taki filmik, jak ona jest na tym sutku i coś tam sobie próbuje ssać. Leżałyśmy razem, ona na mnie, do godz. 22 czy 23. Ja jeszcze bez tego czucia w nogach. Inne kobiety nie dostały dzieci wtedy, ale ja ją dostałam tylko dlatego, że poprosiłam. Potem przyszły panie i powiedziały, że mnie biorą na oddział poporodowy. Dwie położne



z tego oddziału dopiero wtedy ją włożyły do łóżeczka, a mnie przewiozły na wózku na oddział i wtedy mnie zaczęły pionizować, więc te pierwsze dwie godziny pionizacji, to faktycznie była na sali dla noworodków. Nie wiem co się z nią tam działo, ale potem już była cały czas przy mnie”. (K50)

Kobiety wciąż borykają się z poczuciem winy, że nie dopilnowały wykonania czynności, które są obowiązkiem personelu wynikającym ze SOOO i nie powinny być realizowane zależnie od opłat, czy na szczególną prośbę pacjentki, tylko standardowo.

Czasem jednak pełen, bezpośredni kontakt SDS nie był możliwy z uzasadnionych medycznie i zrozumiałych dla kobiet przyczyn:

„Kontakt SDS był po przywróceniu dziecku wszystkich funkcji życiowych i zrobieniu gazometrii. Jakies 15 minut później”. (A181)

„Nie mogłam urodzić łożyska, zostało wykonane łożeczkowanie pod narkozą, dziecko zostało z ojcem. Po porodzie na godzinę dziecko zabrano, ponieważ byłam bardzo osłabiona po porodzie, zemdlałam”. (A390)

„Był przerwany z powodu łożeczkowania pod narkozą, ale po niej dostałam malucha z powrotem do kontaktu skóra do skóry”. (A627)

„Dziecko otrzymałam po 2h po cięciu cesarskim (było wykonywane w pełnej narkozie po 2 nieudanych próbach znieczulenia zewnątrzoponowego)”. (A1217)



W kolejnej historii nastąpiło uzasadnione przerwanie kontaktu SDS. Znamienne jest jednak to, że pomimo poważnych komplikacji zdrowotnych u matki (zabieg i konieczność przetaczania krwi) zadbano o kontynuowanie karmienia piersią najszybciej jak było to możliwe, uznając chęć kobiety do karmienia piersią.

„W momencie, w którym urodziłam położyli mi go na klatce, zapytali, czy chcę karmić, powiedziałam, że tak. Zapytali, czy była siara w ciąży. Powiedziałam, że tak, że było jej dużo, więc go przystawili. Od razu się przyssał i już zostawili nas w spokoju. Nie było żadnych problemów i tak dobre 45 minut ssał. Myślę, że leżałby dalej do tych dwóch godzin, gdyby nie to, że musiałam być przewieziona na zabieg wydobycia łożyska, więc mały został w sali porodowej z moją mamą, która towarzyszyła mi w porodzie, więc nie został nigdzie zabrany. Został owinięty w kocyk leżał sobie w takiej przyciemnionej atmosferze. Nie było tak szpitalnie i nie zabrali go do tej mydelniczki czy gdzieś tam. Potem się okazało, że były komplikacje, więc trochę mnie nie było i trochę z nim moja mama siedziała, ale w tym czasie go nie dokarmiali. Jak już nas oboje przywieźli, mnie i młodego, na salę wybudzeń, to tam już też mi go przystawili do piersi. Urodziłam o ósmej, na tą salę zajechaliśmy koło jedenastej i leżałam na niej do dobrej piętnastej. To raczej było nietypowe. Raczej kobiety po godzinie, dwóch od porodu były przewiezione na swoje docelowe miejsce na oddział, na te kolejne dwie doby, a ja leżałam długo, dlatego, że przy porodzie i przy tym wydobyciu łożyska straciłam bardzo dużo krwi, więc musiałam mieć transfuzję. Powiedziały mi panie położne, że w trakcie transfuzji nie mogę karmić. Miałam dwie, a jedna transfuzja trwa około czterdzieści kilka minut. Dla takiego świeżo narodzonego bobka 40 minut bez piersi, to jest jakiś koszmar, więc



przy pierwszej transfuzji faktycznie płakał i go głaskałam, lulałam, ale wiedziałam, że nie mogę mu podać piersi. A przy drugiej transfuzji przyszła inna położna i mi powiedziała: »Wie pani co, tak naprawdę to nie jest tak, że to jest zabronione, tylko nie jest zalecane. Raczej mówimy, że nie, bo jeżeli ktoś potrzebuje transfuzji, to znaczy, że jest w złym stanie, więc na pewno nie zmuszalibyśmy go do karmienia, ale jeżeli pani się czuje na siłach, pani chce, to my pani przystawimy tego dzieciaka«. Faktycznie miałam pod jedną rękę podłączoną transfuzję, a z drugiej strony pani pomogła mi go przystawić i przez całą drugą transfuzję już leżał przyczepiony do piersi. Potem cały czas byliśmy razem". (K49)

Część kobiet nie miała kontaktu SDS ze względu na to, że ich dzieci wymagały umieszczenia w oddziale intensywnej terapii noworodka w związku z wcześniactwem, czy innymi trudnościami zdrowotnymi po stronie dziecka. Tym sytuacjom przyjrzymy się w podrozdziale 3.2.12.



Problem!

Zdarza się brak kontaktu SDS lub jego przerwanie z powodów stosowania procedur niezrozumiałych dla kobiet lub bez wskazań medycznych (jak wskazało 12,1% ankietowanych spośród tych, które rodziły w szpitalu). W wielu przypadkach rozdzielanie NIE wynika z ratowania życia matki lub dziecka (np. rodzenie łożyska, szycie krocza, dogrzanie, czynności pielęgnacyjne, umycie, badanie noworodka, sam fakt porodu drogą cięcia cesarskiego i in.), a matka i dziecko są w dobrym stanie. Bywa, że kobiety nie są informowane o tym, co dzieje się z ich dziećmi, w czasie, kiedy są od nich oddzielone.



Do tej pory zajmowałyśmy się kwestią samego faktu odbycia się lub nie kontaktu SDS. Jednak zapisy S000 odnoszą się wyraźnie również do tego, jaka asysta i pomoc, w szczególności związana z pierwszym karmieniem dziecka piersią, powinna być udzielona jeszcze w III i IV okresie porodu.

„2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących działań:

[...]

8) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka »skóra do skóry« i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają”.

(S000 XI. Postępowanie w III okresie porodu)

„1. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:

[...]

5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu;

6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań”. (S000 XII. Postępowanie w IV okresie porodu)

W S000 wyraźnie wskazano osobę odpowiedzialną za nadzór pierwszego karmienia piersią:

„5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:

[...]

c) nadzoruje pierwsze karmienie piersią”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 1.)



Bezpośrednie odniesienie do kontaktu „skóra do skóry” oraz wsparcie, jakie powinno być wówczas udzielone, odnajdujemy również w cytowanym już wcześniej ust. 1. pkt 8) rozdziału S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*. Czytamy tam, że w czasie dwugodzinnego kontaktu SDS należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także należy obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby należy zaoferować pomoc. Konieczność asysty, obserwacji i pomocy w razie potrzeby jest więc wielokrotnie podkreślana w S000.

Brak zaoferowania pomocy w tym czasie może się okazać bardzo trudny dla kobiet i mieć wpływ na dalsze karmienia dziecka.

„Mieliśmy kontakt skóra do skóry z dzieckiem, jednak zostałam pozostawiona z nim sama na sali. Dziecko »zjeżdżało« z mojej piersi. Nie mogłam go podnieść. Nie mogłam się ruszyć po zszywaniu krocza. Byłam bezradna, a kontakt nie przyniósł mi pozytywnych emocji i nie pozostawił dobrych wspomnień. Płakałam z niemocy”. (A44)

„Na sali porodowej była położona, która przyjmowała poród, spojrzała i tak powiedziała, zanim oczywiście wyszła i potem dwie godziny nikt się nie pojawił, że »Będzie ciężko, raczej będzie ciężko«. Osoba, która przywiozła mnie z porodówki, zapytała się, czy mały się przystawił na sali porodowej w trakcie kontaktu skóra do skóry. To była jedna jedyna osoba, która o to spytała. Ja jej powiedziałam, że nie. Ona powiedziała, że to źle i że mam próbować, ale tam na tej sali poporodowej też nikt nie spróbował mi pomóc nawet go przystawić. Ja poprosiłam o pomoc w przystawieniu. No i ona powiedziała, że w takim razie rano to zgłosisz, bo teraz nikogo nie ma, kto mógłby mi pomóc. To też jest w sumie dziwne, bo powinien zawsze być ktoś na oddziale,



choćby położna, która ma minimalną wiedzę. Rano pech chciał, że słyszałam, jak ona przekazuje informacje tej drugiej. Tutaj cytuję, że wszystkiego się cykam i prosiłam o pomoc w karmieniu. No tak dziwne, cykam się. Skoro to moje pierwsze dziecko i poród, a dziecko nie je. No faktycznie... dziwna sprawa". (K17)

„Jak urodziłam, to jeszcze na sali porodowej mały na chwilę wszedł pod lampę, ale to było krótko, jak z powrotem mi go dali. Dwie godziny faktycznie mieliśmy czas, żeby się poprzytulać.

Próbowałam wtedy dostawić małego położna mówiła, że jak teraz nie złapie, to jeszcze złapie tę pierś i ogólnie wyszła i nas zostawiła z tym bąbelkiem, żebyśmy no właśnie mieli czas dla siebie.

Trzymałam tego bąbelka próbowałam dostawić na tyle na ile umiałam, ale on był zaspany. Jeszcze ja rodziłam ze znieczuleniem i mały się urodził też bardzo mocno znieczulony, spał". (K16)

„Wszystko było dokładnie tak, jak w szkole rodzenia usłyszałam, że jest najkorzystniej. Gdy dziecko wyszło, od razu miałam je na piersiach. Wszystkie inne czynności się odbywały dopiero później i faktycznie kontakt skóra do skóry trwał nawet można powiedzieć, że ponad 2 godziny. Zostałam z mężem z dzieckiem na sali porodowej. Położne wyszły także byliśmy we trójkę. Ale też był taki moment, że ja się zastanawiałam, czy ja powinnam przystawić to dziecko, czy ono samo powędruje, co się będzie działo. Mój mąż poszedł zapytać, czy można przystawić dziecko do piersi, na co usłyszał »Tak«. Jednak już właśnie tego instruktazu, czy powiedzmy obecności, nadzoru, jakiegoś takiego czujnego oka zabrakło. Ostatecznie nie odważyłam się tego zrobić sama.



Nie odważyłam się wziąć tego kruchego bobasa i go tam jakoś przekładać, żeby przystawić do piersi. Głaskałam go. On tam sobie ssał piąstki i leżał spokojnie, więc nic nie robiłam. A potem został odłożony do tej kuwetki i zdziwiłam się, że tak śpi przecież on może jest głodny. Akurat wtedy przyszła jedna z pań położnych pomóc mi przystawić dziecko. To był pierwszy raz, chyba z 4 godziny po porodzie”. (K42)

Zwrócenie uwagi na pierwsze oznaki głodu dziecka, którymi z pewnością jest ssanie piąstki, jest również ważnym elementem pomocy personelu w pierwszych godzinach po porodzie, czego zabrakło w przypadku powyższej historii kobiety. Brak aktywności malucha w trakcie kontaktu „skóra do skóry”, może być również informacją dla personelu medycznego o stanie zdrowia dziecka. W powyższych ostatnich dwóch przykładach dzieci borykały się później z wysokim poziomem bilirubiny, czyli z żółtaczką, kiedy to bardzo ważne jest jak najczęstsze przystawianie dziecka do piersi i karmienie mlekiem matki. Wsparcie w tych pierwszych chwilach w karmieniu dziecka jest bardzo istotne, jednocześnie personel winien się kierować dużym wyczuciem.

„Położne na porodówce były bardzo pro karmieniu piersią. Kontakt skóra do skóry był dla nich ważny, bardzo wspierały we wszystkich fazach porodu, no i tutaj nie było zbędnej zwłoki. Nie było tematu typu najpierw zważymy dziecko, czy cokolwiek. Tylko bezpośrednio po porodzie położyły mi młodą na brzuchu, zaraz pomogły też z przystawieniem do piersi. Było na pewno wszystko zgodnie ze sztuką zachowane”. (K6)

„Położna, która przyjmowała mój poród chyba zachowała się najbardziej ok z tych wszystkich osób. Faktycznie starała się zrobić coś, żeby mi ulżyć w tym porodzie. Jak się syn urodził, to położyła



mi go tak, żeby on mógł podpełznąć do piersi. Pokazywała mi na co mam zwrócić uwagę i tak dalej. Wszystkie takie podstawowe rzeczy wskazała”. (K20)



Problem!

Zdarza się, że pomimo odbycia się kontaktu „skóra do skóry” personel medyczny nie nadzoruje pierwszego karmienia i matki nie otrzymują należytej pomocy i wsparcia w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi, a personel nie zauważa ew. trudności, np. dziecko niewykazujące gotowości do ssania.

3.2.3. PRZEBYWANIE MATKI I NOWORODKA RAZEM PO PORODZIE

Pisałyśmy o praktykach, które działały jeszcze 30 lat temu - praktykach związanych z oddzielaniem dzieci od matek po porodzie wspomnianych podczas wywiadu przez jedną z lekarek. Od tego czasu dużo się zmieniło i nie wyobrażamy sobie już dziś, aby dzieci były oddzielone od matek i przywożone na salę poporodową co 3 godziny na karmienie. Kobiety mają prawo do przebywania po porodzie razem z noworodkiem przez całą dobę. Tzw. „rooming-in” to 7. ze wspomnianych „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Przebywanie matki i dziecka razem zostało więc uznane jako element wsparcia w karmieniu piersią. Z kolei S000 określa ciągle przebywanie matki z noworodkiem mianem systemu „matka z dzieckiem”.

„2. Opieka w oddziale położniczym w systemie »matka z dzieckiem« lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:



1) zdrowy noworodek po pobycie wraz z matką w sali porodowej jest przekazywany do oddziału położniczego zorganizowanego w systemie »matka z dzieckiem«.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Nie istnieją procedury, które usprawiedliwiłyby rozłączenie matki z dzieckiem po porodzie, jeśli nie ma ku temu podstaw medycznych. Jeśli matka i dziecko są w stanie stabilnym, mają prawo do przebywania w jednej sali. Należy podkreślić, iż wszelkie procedury medyczne powinny odbywać się po wyrażeniu zgody przez matkę na ich przeprowadzenie. Ponadto noworodek jako pacjent ma prawo do tzw. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli nieprzerwanej opieki, którą może sprawować osoba bliska, w tym przypadku matka.

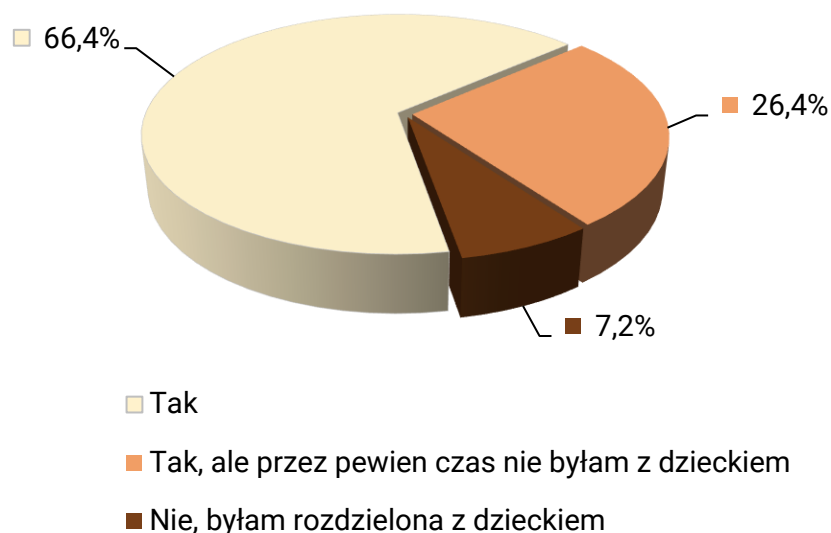
Zapisy te są zawarte w Karcie Praw Pacjenta (IX. pkt. 2) oraz ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 34 ust. 1-3). Wspomina o tym Fundacja Rodzić po Ludzku w jednym ze swoich artykułów¹⁴²:

„Jest to gwarancja ustawowa. Odmiennie postanowienia regulaminu porządkowego szpitala są niezgodne z prawem. [...] Nie oznacza to jednak, że wraz z wprowadzeniem systemu rooming-in (czyli mama razem z dzieckiem) w obowiązkach położnych i pielęgniarek nie leży opieka nad noworodkiem”.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące przebywania matki i noworodka razem 24h na dobę kobiety w 66,4% przypadków odpowiedziały „Tak”, dla 26,4% było to wspólne przebywanie jednak z pewną przerwą, zaś 7,2% kobiet było rozdzielonych z dzieckiem (Ryc. 3.9.)

¹⁴² FRpL, *Prawo do opieki i wsparcia ze strony bliskiej osoby*, 2021, <https://rodzicpoludzku.pl/poznaj-swoje-prawa/prawa-pacjenta/prawo-do-opieki-i-wsparcia-ze-strony-bliskiej-osoby/> [dostęp: 30.11.2023]





Ryc. 3.9. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy przebywałaś w pokoju z dzieckiem w systemie »matka z dzieckiem« (również nazywanym »rooming-in«, oznaczającym przebywanie matki z dzieckiem w jednym pokoju 24h na dobę)?” (% , N=2476)

Tymczasem na pytanie, kto podjął decyzję o rozdzieleniu czasowym, kobiety odpowiadały:

„Po cesarskim cięciu ustalono w tym szpitalu, że matka i dziecko są od razu rozdzielane”. (A1458)

„Takie były szpitalne procedury po cięciu cesarskim”. (A2465)

„Organizacja pracy oddziału. Zabierano dzieci na pierwszą noc po cięciu cesarskim”. (A1568)

„Pierwszą noc bym mogła wypocząć było pod opieką położnych, taki system panuje w szpitalu”. (A1659)



„W szpitalu, w którym rodziłam przez pierwszą noc po cesarce matka zawsze przebywa na sali pooperacyjnej, a dziecko na neonatologii. Dziecko odbiera się po przeniesieniu na oddział położniczy”. (A732)

“Położna, byłam po cięciu i nie chciała pozostawić dziecka przy mnie, mimo prośby. Czekano do pionizacji.” (A1615)

„Nie pozwolono mi być z dzieckiem w pierwszej dobie po CC mimo szybkiej pionizacji i braku komplikacji”. (A863)

„Szpital był przepełniony. Dziecko na noc zostało zabrane na salę dla noworodków, ja zostałam na porodówce. Dzięki interwencji mojego lekarza ginekologa, dziecko zostało mi przywiezione i zostawione ze mną do 24.00 następnie zabrane i przywiezione o 5 rano. Po porodzie nie mogłam się podnieść z łóżka, położna zostawiła dziecko w drugim końcu pokoju, nie zapytała czy potrzebna jest pomoc. Tamta sytuacja do tej pory jest dla mnie traumatyczna. Byłyśmy z dzieckiem na tym samym piętrze. Tłumaczenie położnych, że takie są zasady szpitala, są nie do przyjęcia”. (A1657)

„Miałam dziecko przez 2 godziny po cesarskim cięciu, potem mi je zabrano i rozdzielono na całą noc z powodów pozamedycznych (organizacja szpitala)”. (A933)



„Zostało mi zaproponowane by pierwszą noc spędziło u położnych, ponieważ nie byłam w stanie zająć się maluszką. Rozdzieleni byliśmy niecałą noc”. (A2065)

„Pielęgniarki. Na czas nocy po cięciu cesarskim, kiedy byłam przed pionizacją”. (A1488)

„Rozdzielenie czasowe ze względu na konieczność leżenia po cesarskim cięciu. Od drugiej doby dziecko już cały czas ze mną”. (A1873)

„Poród jednego dnia godzina 17:45. Pionizowanie po 6h. Dziecko otrzymałam następnego dnia około południa, bo sama po nie poszłam. Martwiłam się czemu mi jej jeszcze nie dali. Obchód był opóźniony i nie chciałam czekać. Poszłam rano po dziecko, uspokoiłam się, kiedy usłyszałam, że wszystko w porządku. Dostałam je około południa.” (A1573)

„Nie mam pojęcia, kto podjął decyzję. Mimo mojej prośby o zostawienie dziecka na noc zabrano mi je tłumacząc, że przyniosą na karmienie, bo ja jestem zmęczona. Zignorowano moją prośbę, a że nie zostałam spionizowana w ciągu pierwszej doby, to nie mogłam sama wyjść po dziecko”. (K47)

„Byliśmy razem dopiero po 12 godzinach, rano po pionizacji”. (A2298)



„Pierwszą noc po CC dziecko spędziło na noworodkach, dostałam je dopiero po pionizacji”. (A2336)

„Początkowo zabrano dziecko na badania ze względu na zielone wody płodowe i przywieziono mi je dopiero, kiedy uznano, że mogę się nim zająć po operacji. Dodam, że cesarka była nagła w 2 fazie porodu. Później zabrano dziecko na pierwszą noc, ze względu na to, że spionizowano mnie na chwilę i w teorii procedura w szpitalu była taka, że dopóki nie będę na nogach nie mogę spać z dzieckiem”.
(A1308)

„O 17:30 urodziłam, a dziecko zobaczyłam następnego dnia o 8-9 rano. Przy czym już wieczorem o godz. 24, jak trafiłam na salę normalną, to się pytałam o dziecko. Odpowiedziano, że rano przywiozą. Byłam wtedy tak otumaniona tymi lekami i tym wszystkim, że nie byłam w stanie logicznie myśleć, byłam sama i to też miało znaczenie. Nie miałam siły, żeby dopytywać, dlaczego. Jak już wstałam o godz. 5 to już tam tupałam im, że ja chcę dziecko, a oni, że je dopiero na obchód dostanę. Po 2-3 godzinach dostałam od czasu, kiedy już wstałam i kiedy teoretycznie już bym się tym dzieckiem mogła zająć”. (K23)

„Położna podjęła decyzję. Co prawda tylko na kilka godzin, ale nie chcieli mi jej dać i kazali się przespać. Ja niestety nie byłam w stanie zasnąć bez niej”. (A2037)



Niektóre z kobiet wskazały, że to one podjęły decyzję o rozdzieleniu, gdyż odpowiadało to ich aktualnym potrzebom:

„Ja sama, tylko na dwie pierwsze noce z powodu trudności w poruszaniu się po cięciu cesarskim”. (A1527)

„Ja. Poprosiłam o zabranie dziecka na pierwszą noc, bo taka była możliwość. Nie wolno mi było podnosić się z łóżka, więc nie wiem, jak miałabym się zająć dzieckiem. Uważam, że przebywanie razem z dzieckiem 24h na dobę zaraz po porodzie ma dużo wad i powinna być możliwość odpoczynku i pomocy dla matki, która dochodzi do siebie. Ze względu na to, że moje dziecko było od początku wymagające nie miałam możliwości umyć się, czy zjeść i nie wpływało to dobrze na mój stan psychiczny”. (A1488)

„Decyzję podjęłam ja. Był oddzielony tylko przez pierwszą noc po cięciu cesarskim. Ale był przynoszony do karmienia.” (A1534)

„Małą urodziłam o godz. 10. Gdzieś po 3-4 godzinach miałam dziecko przyniesione do karmienia, gdzie jeszcze byłam leżąca. Była przystawiona, pojadła. Potem po jakimś czasie zabrano znowu na parę godzin, żebym odpoczęła. Byłam bardzo osłabiona po porodzie. Nie ukrywam teraz po tej 3 cesarce było bardzo ciężko mi wstać, więc koło siebie było ciężko ogarnąć, a co dopiero jeszcze dzieciątko. Dla mnie to też było lepiej, doszłam do siebie, parę godzin oddechu. Dopiero w nocy mi ją przyprowadzili, bo ja się pionizowałam ok. godz. 21-22, czyli dopiero 10 godzin po porodzie.



Okolo północy ją dostałam. Córka była ze mną stale od momentu, gdy byłam w stanie już chodzić i się nią zająć samodzielnie. Przy starszych córkach też tak było, że po prostu te dzieci w tych pierwszych godzinach tak zabierają na noworodki, mama zostaje do zszycia i jest przewieziona na salę. W naszym szpitalu jest taka praktyka i człowiek tego nie neguje. Mi to akurat odpowiadało. Może są mamy, które po prostu wolałyby szybciej mieć dzieciaczka przy sobie". (K55)

„W pierwszej dobie zaraz po porodzie zebrali mi dziecko na noc, żebym mogła odpocząć, to znaczy bezpośrednio po jeszcze to mi małą przystawili do piersi, tak pierwszy raz i to było całkiem fajnie zrobione. Była to położna, która rzeczywiście miałam wrażenie, że wie co robi. Potem dziecko dostałam kolejnego dnia rano. Podejrzewam, że w trakcie nocy musiała być dokarmiana, bo całą noc od godziny 19:00 na pewno do rana była beze mnie. Dopiero ok. godz. 9-10 dostałam dziecko. Po cięciu wydawało mi się to całkiem w porządku, bo ja po prostu chyba nie byłabym w stanie się zająć dzieckiem. Wtedy to za bardzo bolało i bardzo się źle czułam". (K35)

Kobiety po cięciu cesarskim wciąż miewają ograniczoną możliwość przebywania 24h na dobę z dzieckiem, pomimo gwarancji w postaci zapisów S000. Ewentualne rozdzielanie powinno następować dopiero po analizie indywidualnej sytuacji danej kobiety i jej dziecka. Nawet z wypowiedzi kobiet, które wskazały, że to one podjęły decyzję o czasowym rozdzielaniu, możemy wyczytać, że kobietom po tej poważnej operacji, potrzebne jest wsparcie w opiece nad dzieckiem, często nie wyobrażają sobie zostać z nim same. Pytanie, czy większa dostępność personelu, a co za tym idzie pewność kobiet, że kiedy o to poproszą, ktoś się pojawi w pokoju i wesprze, bez konieczności zabierania dziecka, nie okazałoby się wystarczającą pomocą? Takie wsparcie czuła kobieta, która opowiedziała poniższą historię.



„Ja byłam jedyną osobą na całym oddziale, która zostawiła sobie dziecko przy sobie, bo wszystkie dziewczyny pooddawały te dzieci na oddział noworodkowy, bo można było. W zasadzie spałam bezproblemowo budząc się tylko na czas karmienia i to też tylko dlatego, że miałam budzik ustawiony, bo syn też sobie drzemał. Położna mówiła, że całą noc co godzinę do mnie zaglądała, czy wszystko jest w porządku. Parę razy pamiętam, że była faktycznie w nocy, więc wydaje mi się, że szczęśliwie w życiu trafiłam”. (K48)



Droga kobieto!

Z punktu widzenia startu w karmienie piersią w pierwszej/drugiej dobie po porodzie częste ssanie przez noworodka piersi, w której jeszcze znajduje się siara, jest bardzo istotne. To czas, kiedy noworodek uczy się koordynacji ssania, połykania i oddychania, to dla niego nowa umiejętność. Ćwiczy ssanie stymulując jednocześnie pierś. To czas dla was, abyście się poznali i nauczyli siebie nawzajem, zanim nastąpi nawał. Jeśli noworodek ssał podczas kontaktu »skóra do skóry«, to po tym pierwszym karmieniu kolejne przystawienie może się odbyć za kilka godzin. Jeśli jednak pierwsze karmienie w kontakcie SDS nie odbyło się lub było nieudane, to należy podejmować próby nakarmienia wcześniej. Rutynowe oddzielanie matki i dziecka w tym czasie może utrudnić laktacyjny start. Warto, abyście byli ze sobą. Możesz wziąć malucha na siebie lub karmić na leżąco i możecie razem spać. Jeśli nie czujesz się na siłach lub czujesz się niepewnie, poproś personel o pomoc w zapewnieniu wam bezpieczeństwa. Jeśli to personel zajmie się dzieckiem upomnij się, aby przynoszono dziecko na karmienie.



KARMNIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

Warto też podkreślić, że tak jak noworodek ma prawo do przebywania z nim osoby bliskiej, również kobieta w okresie porodu i połogu ma prawo do obecności osoby bliskiej.



Droga kobieto!

Po porodzie masz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej zgodnie z Kartą Praw Pacjenta (IX. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, pkt. 2.) oraz ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 34. ust. 1-3). Jeśli masz możliwość, aby po operacji cięcia cesarskiego była z Tobą osoba bliska, to skorzystaj z tego prawa. Osoba bliska wesprze Cię w opiece nad noworodkiem, a Ty pozostaniesz razem z nim.

Zdarza się, że personel medyczny wprowadza rutynowe procedury oddzielania matek od dzieci po cięciu cesarskim, tymczasem w S000 wyraźnie napisane jest, że zdrowy noworodek ma przebywać w systemie „matka z dzieckiem”. Jeśli natomiast stan matki na to nie pozwala, jej sytuacja powinna być rozpatrywana indywidualnie. Stosowanie odgórnych regulacji w danej placówce działa na niekorzyść kobiet i dzieci, ze względu na zwiększenie ryzyka problemów z laktacją. Zdarzało się, że pomimo rozłąki, dziecko było przynoszone do karmienia.

„Dziecko było zabierane na noc, ale przynoszone na każde karmienie”. (A1241)

„Dziecko podawały panie, kiedy leżałam jeszcze na sali pooperacyjnej. Po pionizacji dostałam dziecko już na cały czas”. (A1117)



Jest to bardzo istotne, gdyż często zdarza się, że rozdzielanie jest traktowane przez personel jako automatyczna zgoda matki na dokarmianie dziecka mieszanką (co jest niezgodne z zapisami S000). Pisały o tym kobiety, a w przypadku jednej z nich zignorowano zapisy planu porodu:

„Zaraz po przewiezieniu do sali po CC dziecko było ze mną około 40 minut, wtedy przystawiłam je do piersi, potem położne zabrały dziecko, żebym mogła się przespać. W tym czasie, pomimo mojego wyraźnego życzenia wyrażonego w planie porodu, żeby nie dokarmiać mieszanką, dziecko dostało mleko modyfikowane. Gdy otrzymałam dziecko rano (poród o 3 w nocy) już karmiłam tylko piersią”. (A451)

„Położna po zabraniu dziecka na noc po cięciu zadeklarowała, że przywiezie na karmienie, a przywiozła rano nakarmionego z pretensją, że »mało się upomniałam«. Potem po czasie dostałam do podpisania zgodę na dokarmianie”. (A953)

„Na pierwszą noc po porodzie zabrali mi dziecko. Mąż prosił ich, by je przynieśli, bo bardzo płakałam i nie mogłam się uspokoić, ale nie chcieli o tym słyszeć. Wspomnę, że miałam swoją własną salę, a mimo to zabrali mi na noc dziecko i dokarmili bez mojej wiedzy. Nie spałam całą noc”. (A854)

“Cięcie miałam o 14:30 i dostałam dziecko na dosłownie chyba 5 minut koło 18, po czym zabrano dziecko i dostałam je znowu dopiero o 10 rano. My nie miałyśmy żadnego kontaktu skóra do skóry. Córka była dopajana przez ten cały czas mlekiem



modyfikowanym, mimo, że ja nie wyraziłam na to zgody. Dostała smoczek, mimo że ja też nie wyraziłam na to zgody. Tak jak mówię to, że ja nie wyraziłam na coś zgody, to nikogo nie obchodziło. To co w mieście uchodzi za coś normalnego i dobrego to tutaj na wsi jawi się jako fanaberia, bo nasz szpital powiatowy i okoliczne szpitale powiatowe to jest taki czysty PRL. Kobieta ma leżeć, nie gadać i przeć. Nikt sobie nie wyobraża, że można chodzić czy coś takiego. To był właśnie pierwszy błąd jaki popełniłam – wybór szpitala”. (K11)

„To była klinika prywatna, gdzie niejako wymuszono na mnie poród drogą cięcia cesarskiego. Tam odsetek cięć cesarskich wynosi 82%. Straszono śmiercią moją i dziecka, mimo że tak naprawdę później z dokumentacji to wygląda, że się nic nie działo takiego konkretnego. Natomiast okazało się, że w tej klinice mają taką może nie procedurę, ale taki zwyczaj, że dają odpocząć mamom po porodzie. Po cięciu zabrano mi dziecko. Nawet nie przystawiono go do twarzy, jedynie pokazano z daleka, wzięto od razu na badania. Zobaczyłam je dopiero na sali poporodowej jak mnie przywieziono, czyli po około godzinie. Dziecko podano na moją prośbę, bo mówiłam, że chcę mieć je przy sobie. Oczywiście było już ubrane. Zabierano na noc twierdząc, że będą przynosić na karmienie. Jednak jak ją nakarmiłam wieczorem to dopiero przyniesiono mi o godzinie 7:00 rano. Przez całą noc nikt nie przynosił dziecka do karmienia. Nie sądzę, żeby dziecko nie było głodne przez ten czas, przez tyle godzin”. (K47)



Powyższe przykłady pokazują, że obawy kolejnej kobiety, którą cytujemy poniżej, o to, że dziecko w noc po cięciu cesarskim zostanie dokarmione mieszanką, nie były bezzasadne. Choć dziecko zabrano na jakiś czas zasłaniając się potrzebą odpoczynku innych pacjentek, to jej determinacja sprawiła, że przyniesiono dziecko i zostawiono je z matką na całą noc, dzięki czemu miało szansę stymulować laktację.

"Byłam jedyną osobą na sali wybudzeń, która maleństwo miała całą noc przy sobie. Urodziłam o godz. 17:20, po 18 dziecko było przy mnie. Ja tego dziecka nie oddałam, chociaż właściwie oddałam na 20 minut. Było tak, że panie powiedziały, że inne panie chcą spać, że też mam się położyć spać, że one się nim zajmą. Powiedziałam dobra, ale jeżeli usłyszę, że on kwili i nagle przestanie kwilić, to ja tam pójde i go zabiorę, bo wiedziałam, że to będzie tak, że podadzą mu mleko modyfikowane. Wzięły dziecko i on zaczął rzeczywiście po 20 minutach płakać. Po prostu czekałam. Na szczęście chyba już wiedziały, że sobie nie dam w kaszę dmuchać i mi go po prostu przywiozły i do rana go nie oddałam. Był przy piersi praktycznie całą pierwszą noc. Dzięki temu, potem mleko tryskało. Pamiętam, że następnego dnia zlecono nam USG ze względu na to, że syn miał podejrzenie hipotrofii i że lekarz był tak bardzo zdziwiony, że maluch dopiero co się urodził, a w USG widać, że żołądeczek pełniutki mleczka. Wiadomo, że żołądeczek jak orzeszek, ale mimo wszystko takie to było miłe uczucie, że paręnaście godzin po porodzie dziecko po prostu było nażarte. Myślę, że to jest zasługa wszystkich tych informacji, które zdobyłam własnymi siłami, bo ciało mówiło odpuść, daj spokój, ktoś się nim zajmie, ty odpocznij, ale moja potrzeba po pierwsze bliskości z nim, po drugie wynagrodzenia mu, że nie wyszedł na świat siłami natury. Wiem, że to nie dramat.



Natomiast bardzo zależało na porodzie naturalnym, więc myślę, że dzięki tej wiedzy, którą właśnie przez takie organizacje jak wasza miałam, to tylko dzięki temu zawalczyłam". (K38)

Położna pracująca na szpitalnym oddziale jako doradczyni laktacyjna wskazała, że w jej szpitalu noworodki zabierane na noc po cięciu cesarskim, są dokarmiane mieszanką.

„Większy procent jest faktycznie dzieci, które są w nocy na oddziale neonatologii. Jak przychodzę na drugi dzień, to one do południa w ogóle nie są zainteresowane jedzeniem. Ja mam świadomość, że zjadły dużo mieszanki. Ciężko jest mi przeforsować to, żeby te dzieci były przy mamach na noc po cięciu. To inicjatywa części pielęgniarek z noworodków. Leki, które aktualnie dostaje się po cięciu, działają nasennie na pacjentki. One są wyciszone i faktycznie nie mają siły się nawet tymi dziećmi zajmować. Są bardzo obolałe, więc jak słyszą, że »No to pani odpocznie. My się zajmujemy maluszkiem«, to się godzą. Myślę, że w momencie, kiedy by mnie bardzo bolało i dostałabym lek, po którym robi mi się dobrze, a ktoś zaproponowałby mi, że zajmie się moim dzieckiem, to może i też bym się skusiła, gdybym nie miała takiej wiedzy jaką mam. Bardziej staram się teraz pracować z tym z mamami. Przyjęłam taktykę, że dużo rozmawiam z pacjentkami. Uświadamiam, że dużo lepszym rozwiązaniem byłoby, gdyby ten maluch został przy niej, że to pozytywnie wpłynie na przebieg karmienia, że to się wydaje, że to jest tylko taka jedna noc, ale że to wpływa i na samą technikę ssania dziecka i na produkcję mleka. Coraz częściej się zdarza, że na szczęście pacjentki mówią mi rano »Dziecko było całą noc przy mnie«. Oczywiście są pacjentki



z różnymi progami bólu, ale w większości jak im się po prostu udzieli pomocy, jest się przy nich, zagląda podpytuje, jeżeli ja ją ułożę, to to wystarczy. Ale jak ona raz usłyszy, że »Jak panią bardzo boli, to my weźmiemy malucha na trochę«, to jest gro pacjentek, które jeszcze w 2 dobie te dzieci oddają »Na to trochę, bo mnie boli«. To jest też kwestia przygotowania przed porodem, którego bardzo brakuje. Pacjentki mają przepięknie zgromadzone wyprawki, przepiękne kolorowe beciki, kocyki, ubranka, ale brak im świadomości naturalnego zachowania noworodków w pierwszych dobach życia i tego, jak one się będą w tych pierwszych dobach czuły, czasami nawet po porodzie fizjologicznym, czyli takiego trochę poukładania sobie tego". (P10)

Neurologopedka cytowana wcześniej, wskazała na istotę przebywania matki z dzieckiem po cięciu cesarskim, opowiadając o własnych doświadczeniach:

„Na sali poporodowej dążono do tego, żeby dzieci jak najmniej były z matkami, żeby na noc zabrać je, żeby tutaj był spokój, a ja bardzo chciałam, żeby ona była ze mną. Pomijając czystą czułość, to wiedziałam jakie to jest ważne dla karmienia, jakie to jest ważne żebyśmy były blisko siebie, by tych karmień było jak najwięcej. Jednak sporo osób z personelu widziało to jako coś negatywnie wpływającego na karmienie. Skąd ta wiedza jest czerpana?". (P9)

Powyżej podałyśmy przykłady rozdzielania matki i dziecka z powodów rutynowych czy organizacyjnych. Oczywiście bywa, że kobiety są rozdzielane z powodów medycznych, jednak tym historiom przyjrzymy się w podrozdziale 3.2.12. poświęconemu komplikacjom



zdrowotnym po stronie dziecka. Na koniec podajemy przykłady kobiet po cięciu cesarskim, które otrzymały potrzebne wsparcie:

„Jak mnie zszyli i podłączyli całą aparaturę już na sali, to natychmiastowo przywiezione zostało dziecko. Zapytali, czy chcę i powiedzieli, że w każdym momencie mogę też zadzwonić, powiedzieć, że potrzebuję odpocząć, bo to wiadomo, często to jest stres mieć dziecko przy boku, nie mogąc się ruszyć tak naprawdę jeszcze, spionizować i tak dalej. Ale tu bez problemu dziecko leżało cały czas przy mnie. Panie, kiedy trzeba było przychodziły, przewijały przystawiały. I sobie tak spaliśmy. Jak się wzdrygnęłam pamiętam, to i maluszek się wzdrygał, bo to tak no stresujące to wszystko jest. Przykryty był na mnie pieluszką, dodatkowo kocykiem, a później już położne go za jakiś za jakiś czas po prostu ubrały i leżał dalej ze mną w łóżku, bliźniutko go miałam przy sobie”.
(K30)

„Położne w pierwszych godzinach po cięciu cesarskim same przystawiały mi dziecko, potem przychodziły podczas karmienia ocenić technikę i pomoc wybrać dogodną pozycję”. (A198)



Problem!

Zdarza się rutynowe rozdzielanie matki i dziecka po cesarskim cięciu, w szczególności na noc lub do czasu pionizacji matki, pomimo że noworodek jest zdrowy, a matka jest w dobrym stanie. Zwiększa to ryzyko trudności laktacyjnych. W czasie rozdzielania zdarzają się dokarmienia noworodków mieszanką bez wskazań medycznych oraz bez zgody matki.



3.2.4. RUTYNOWE BADANIA NOWORODKA I CZYNNOŚCI PIELĘGNACYJNE

W S000 znajdujemy zapisy dotyczące zabiegów pielęgnacyjnych i obowiązkowych standardowych procedur, np. badań przesiewowych, które są wykonywane noworodkom.

„2. Opieka w oddziale położniczym w systemie »matka z dzieckiem« lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:

[...]

4) wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali »matka z dzieckiem«, o ile stan zdrowia matki na to pozwala”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Oznacza to, że wymienione czynności powinny być wykonywane w pokoju, w którym przebywają matka i dziecko. Wymagają one zgody matki i jej obecności. Zapis o konieczności zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych noworodkowi został zawarty w art. 17. ust. 1. i 2. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pomimo tego, kobiety wymieniały te czynności jako jedną z przyczyn czasowego rozdzielania z dzieckiem w związku z odpowiedzią na pytanie o przebywanie w pokoju z dzieckiem w systemie „matka z dzieckiem”, a dokładniej „Kto podjął decyzję o rozdzielaniu trwałym/czasowym i dlaczego? Wskaż okoliczności”:

„Dzieci były zabierane na badania i kąpiel”. (A944)

„Szczepienie dziecka”. (A1413)



„Kąpiele przez położne”. (A1542)

„Zabranie dziecka na badania i szczepienie”. (A1544)

„Po przyjeździe do sali dziecko zostało zabrane na badania, a ja na zabieg czyszczenia macicy. Po tym zabiegu przez kilka godzin nie miałam dziecka przy sobie. Dopiero po wielu stanowczych prośbach i informowaniu personelu, że mam prawo mieć dziecko przy sobie i być przy każdej czynności z nim związanej przyniesiono mi dziecko do sali”. (A1561)

Odgórny zakaz asysty matki czy ustalone procedury szpitalne nie uwzględniające wykonywania czynności pielęgnacyjnych, czy rutynowych badań przy matce stanowią przykłady łamania praw matki i dziecka.

„Położne i pielęgniarki zabierały dziecko do ważenia, szczepień, mierzenia, mycia bez zgody matki. Nie wolno było przy tym asystować”.

„Nie mogłam uczestniczyć przy badaniach i szczepieniach dziecka. Za każdym razem dziecko było zabierane”. (A1300)

Można się zastanawiać, dlaczego wspominamy o rutynowych czynnościach w raporcie z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce. Czy przeprowadzane czynności pielęgnacyjne mają jakikolwiek wpływ na karmienie piersią? Okazuje się, że w wielu przypadkach tak. Bywa, że kobiety nie są informowane o tym, że podczas takich rutynowych badań czy czynności pielęgnacyjnych zostaje noworodkowi podana mieszanka lub glukoza, co jest niezgodne z aktualną wiedzą i SOOO, gdyż takie dokarmienie nie wynika ze wskazań medycznych:



„Taki jest system pracy w tym szpitalu. Zdarzało się, że dziecko dostawało smoczek lub mleko modyfikowane przed/po badaniach, które odbywają się w osobnej sali, bez matki (przynajmniej w przypadku cięcia cesarskiego)”. (A291)

„Mleko modyfikowane podane w ogóle bez mojej wiedzy. To była pierwsza doba i panie zabrały mi córkę na badania albo no nie wiem... w każdym razie na coś tam. Chyba to były badania pierwsze, czy coś w tym stylu... Ja byłam umówiona z doradcą laktacyjnym, że ona przyjdzie na następne karmienie i akurat przyszła, gdy córka mi przyjechała z tych badań. Zobaczyłam na języku jej taką treść, jakby zwymiotowanego mleka po prostu, taki serek, więc zapytałam »Co to jest?«. Na co mi położna odpowiedziała, że ona musiała zbadać dziecko, więc podała jej mleko, żeby było grzeczniejsze. Po pierwsze moje umówienie się z doradcą laktacyjnym nie wyszło, bo było dziecko nakarmione, więc nie chciało chwytać piersi. Było do spania już wtedy bardziej, no a po drugie w ogóle bez żadnej zgody było podane mleko. To była położna, która zabrała dziecko na jakieś takie rutynowe badania, które się przeprowadza w pierwszej dobie właśnie i potem dziecko mi przyjechało z mlekiem w buzi”. (K9)

„Pierwszy raz podano dziecku mieszankę przy okazji zabrania dziecko na badania, żeby się uspokoiło”. (A333)

„Dziecko zostało nakarmione bez mojej zgody w czasie badań, podczas których nie byłam przy nim. Zostałam jedynie



poinformowana, że teraz raczej nie będzie głodny, bo dostał butelkę. W pierwszej dobie życia". (A2292)

„Personel był obojętny na moje prośby o pomoc w karmieniu piersią, cały czas tylko położne mówiły, żeby dać butelkę, bo dziecko głodne i dlatego płacze. Jak chciałam pracować swoim laktatorem dla pobudzenia laktacji to usłyszałam »Bez sensu«. Biorąc dziecko na badania za każdym razem dokarmiały mlekiem modyfikowanym i później ciężko było córkę dostawiać do piersi". (A295)

„Bardzo namawiano mnie na podanie mieszanki, ale szanowano moją odmowę. Nie mam jednak pewności czy dziecko nie było dokarmione, gdy było brane na badania - nie mogłam w tych badaniach uczestniczyć". (A2235)

„Dziecko było żywione piersią, jednak wielokrotnie próbowano namówić na mleko modyfikowane. Była sytuacja, gdzie zabrano dziecko do badania. Długo go nie oddawano, poszłam po nie. Było nader spokojne. Zakładam, że podano wtedy glukozę, bo pojawiły się pierwsze problemy brzuszkowe. Nikt oficjalnie do tego się nie przyznał. W 4 dobie trafiliśmy do szpitala dziecięcego na diagnostykę ws. zaburzeń rytmu serca. Tam bez skrupułów patrząc prosto w oczy matki wpuszczano glukozę do ust dziecka. W celu uspokojenia dziecka. Na pytanie czy to konieczne nie odpowiadało, wpuszczono roztwór do ust dziecka. Piszę o tym, bo wiem, że to częsta praktyka w szpitalach". (A2412)



„Było tak, że ja w planie porodu napisałam, że pod żadnym pozorem się nie zgadzam, żeby było podawane mleko modyfikowane. Z planem porodu dwa razy mówiłam położnej, że bardzo proszę, żeby się zapoznała. Młoda dziewczyna jedna położna przyszła i druga starsza. Pani położna, która była starsza przyszła do mnie mówi »Pani [imię], ja pani pomogę się umyć. Pomogę pani się uruchomić, ale żeby młody nie płakał to go tutaj tam powiedzmy koleżanka weźmie«. Odpowiedziałam »No dobrze«. Poszła ze mną pod prysznic. Zmyła ze mnie tą całą jodynę. Naprawdę poczułam się z tym bardzo, bardzo fajnie, że ktoś się opiekuje. Super. Ja miałam dosyć duże trudności, bo jak miałam to znieczulenie zamiejscowe to też nie mogłam tak dobrze stawać. No i młody potem przyjechał w mydelniczce i ułał. Mówię »O! Nie karmiłam go!«. Chciałam go nakarmić, a on mi ułał. Za dzwoneczek i zapytałam położnej »Czemu dziecko ułało? Ja go nie karmiłam«, a przyszła ta młoda. »No bo tak trochę płakał i myśmy mleczka modyfikowanego mu dały«. Mówię »Jakim prawem!?« a ona zbladła. Mówię »A pani się zapoznała z moim planem porodu? Z planem opieki poporodowej?«. »Ale tylko trochę, żeby nie płakał«. Mówię: »To trzeba było go wziąć na ręce albo z powrotem go tutaj przyprowadzić, a nie podawać mleko modyfikowane«. Później przyszła druga »Przepraszam, ja przepraszam«. Mówię »Wie pani co, niech pani nie przeprasza, niech pani zacznie spełniać to, o co proszą pacjentki, a nie tak nas traktować« i wyszła. Przyszła ta starsza, że ona przeprasza i w ogóle, bo ta koleżanka nie wiedziała. Mówię »A doskonale wiedziała. Zapoznała się z planem porodu? Może gdyby nie to, że ja mam inne podejście do służby zdrowia i potrafię się odezwać, bo też w niej pracuję, to potrafię to powiedzieć, a nie jak inne dziewczyny głowa w dół i okej, dałyście



modyfikowane to dałyście modyfikowane«. I potem przyszła jeszcze inna położna, »O, ta pani nie chce dawać modyfikowanego«. Zapytałam »A pani ma z tym problem? Każdemu pani daje mieszankę, żeby się zamknął? Ja mojego będę nosić i będzie mi ulewał. Dacie mi laktator. Uleje, ja mu dam znowu swoje mleko«. Wyszła i więcej do mnie nie przyszła na całej zmianie. Koleżanka, która w szpitalu pracuje, później mówi: »Ale masz łatkę, że ty jesteś jedyna, która chcesz karmić cykiem i nie pozwalasz modyfikowanego pod żadnym pozorem«. Wszędzie potem z nim chodziłam na każde szczepienie. Mówię »Nie, ja pójdę z młodym, powoli, ale pójdę«. »No ale pani jest po cięciu«. »To będziemy szły wolno« odpowiadałam. Pamiętam, że przyszła moja koleżanka lekarka i szła ze mną, chyba z 10 minut powolutku. Mówi »Dlaczego ja nie byłam taka odważna jak ty. One mi tak córeczkę faszerowały mlekiem modyfikowanym. Jak ona była cicho«". (K29)

Neurologopedka, która udzieliła nam wywiadu podzieliła się również swoim osobistym doświadczeniem, mówiąc o praktyce rozdzielania matki i dziecka w szpitalu:

„Takie przekonanie, że no pomaga się matce. Tak słyszę, że kobiety czasami są z tego zadowolone, że mogą odpocząć, ale one też powinny wiedzieć, że to może mieć konsekwencje. Tym bardziej, że wiemy o tym, że najczęściej to te dzieciaki jednak są dokarmiane po prostu i tutaj prawdopodobnie był ostatni moment, kiedy mojej nie dokarmili. Ja miałam podpis jeszcze pod planem porodu, gdzie miałam wypisane, że to było dla mnie najważniejsze, że właśnie nie wyrażam zgody na podanie mleka modyfikowanego i jak młoda zginęła właśnie na mierzenie, ważenie, chyba szczepienie – była



wzięta, ale minęło półtorej godziny. Dla mnie to już było strasznie długo i mówię, że »Chciałabym ją nakarmić, bo może będzie już głodna, a może na to czas« no i wtedy jak powiedziałam o tym, że »Przypominam tylko, że nie wyraziłam zgody na dokarmianie«, to była po prostu w 3 sekundy u mnie, gdzie pozostałe dzieci pojawiły się po kolejnej godzinie na sali, no i były najedzone. Były najedzone to na pewno”. (P9)

Kolejna historia, w której dla uspokojenia dzieci, pojono je glukozą. Było to drugie dziecko kobiety, więc miała porównanie z opieką, jaką otrzymała podczas porodu pierwszego dziecka w Niemczech.

„W Niemczech wszystko odbywało się przy obecności matki i ja wiem, kiedy dziecku była podana glukoza. Była tylko raz podana, kiedy miało dziecko pobieraną krew do badań na bibułkę, do badań genetycznych. Natomiast w Polsce nie miałam możliwości pójść z dzieckiem. Oni brali wszystkie dzieci tam do badań i wszystkie te dzieci non stop poili glukozą. Non stop. Ja się nie zorientowałam przez pierwsze 24 godziny, czemu to dziecko takie wraca spokojne i nie płacze, a potem się zorientowałam, bo glukoza została w łóżeczku. Byłam zaskoczona, że nikt mnie nie zapytał, czy oni mogą podać dziecku glukozę. Oni non stop poili te dzieci glukozą, do każdego głupiego badania, żeby te dzieci nie płakały, cały czas dostawały ten cukier. Ja byłam szczerze powiem w szoku. Potem przychodziłam na ten oddział, kiedy te dzieci wszystkie tam były i ja stałam i patrzyłam, co oni robią i oni się denerwowali, czemu ja tam stoję. Ja mówię »Ja chcę tu stać, bo ja chcę wiedzieć co państwo robią z moim dzieckiem« i oni się denerwowali. Ale akurat w tym



czasie była taka kobieta, która miała problemy psychiczne i ona tam robiła cały czas awantury na oddziale i oni byli też zmęczeni taką osobą. I przychodziła ja i ja cały czas stoję i patrzę, więc oni stwierdzili, że ze mną też jest coś nie tak, i próbowali się mnie pozbyć, ale powiedziałam, że »Nie. Ja będę tu stała, bo ja chcę zobaczyć, co państwo robicie z moim dzieckiem«. To mi przeszkadzało, bo no jak ja mogę karmić dziecko piersią, jak ono jest cały czas tą glukozą otumanione i ono śpi po tej glukozie. To było dla mnie szokiem, bo w Niemczech nie robiono niczego bez mojej asysty i niczego bez mojej zgody. Położna powiedziała »Podam dziecku glukozę. Czy mogę? Żeby mniej płakało przy pobieraniu tymi igłami«. Ja powiedziałam »W porządku«. A w Polsce... nikt nie pytał mnie o to co dziecku podadzą, ono po prostu wracało spokojne. Chyba z 5 razy glukozę musiało dostać, a moje dziecko bardzo dużo płakało, więc oni na pewno je tam poiili. O ile nie podali mu mleka modyfikowanego, a chcieli, no to podali mu tą glukozę. Uważam, że to jest niefajne, bo dziecko na początku ma rozwój swojej flory bakteryjnej, a jeżeli dostaje non stop cukier, no to się bardzo łatwo tam zagnieżdża, taka flora bakteryjna, która po prostu chce cukier, i o ile w przypadku pierwszego dziecka nie miałam żadnych problemów z kolkami. Nie było takiej sytuacji. To przy 2 dziecku ono miało kolki, może nie takie duże, ale mimo wszystko, nie było to takie trawienie, jakby mogło być. To też dla mnie jest problemem, żeby rodzic faktycznie miał wgląd na to co się dzieje z tym dzieckiem, żeby mógł to zrobić, bo ja byłam tam niemiłe widziana, byłam tam wypraszana i to nie było fajne". (K26)



Często kobiety nie są informowane, na jakie badania zabierane jest dziecko. Tak opowiadała o tym położna, doradczyni laktacyjna CDL, która udzieliła nam wywiadu:

„Personel, który no jest no nie będę ukrywać, że te które najwięcej nam tutaj mieszają, jeżeli chodzi o laktację to są te dojrzałe stażem pielęgniarki i położne (choć są wyjątki). One są z czasów, gdzie ta praca i ten kontakt z pacjentkami był tak totalnie różny od tego co jest teraz. Tak bardzo przedmiotowe traktowanie i tych dzieci i tych mam, że to się w nich jakoś tak osadziło bardzo. Ja się czasami przysłuchuję z boku samym tym rozmowom, przekazywaniu informacji czy właśnie na przykład informowanie o badaniach, że »Zabieram na badania«. Cały czas jest taki brak traktowania tej pacjentki, że ona ma prawo wiedzieć. »Badania, no lekarz zlecił. Lekarz zlecił to lekarz przecież pani mówił«. Ja mam taką dużą potrzebę, żeby bardzo wyjaśniać. Nawet pytam »Czy rozumie pani, czy jeszcze jakieś pytania dodatkowo oprócz tego?«, ale te właśnie osoby mają takie bardzo zadaniowe podejście »Ja mam do zadania pobranie badań. To jest moje zadanie pobranie badań, a nie teraz tłumaczenie, rozmowa«. To są w ogóle rzeczy, które nie wymagają od nas wielkiego wysiłku ani wielkiej wiedzy, żeby powiedzieć coś, a dla tych pacjentek to jest tak totalnie ważne, czasami te dwa zdania”. (P10)

Na koniec warto podać przykład, że przestrzeganie S000 w omawianym zakresie jest możliwe.

„W ogóle nie zabierali dziecka. Wszystko było robione przy nas. A nie! Przepraszam, raz było zabrane, ale to już mnie się zapytali,



czy ja chcę iść z nimi. Nie pamiętam czemu, ale nie chciałam. Podawali witaminę K, czy co tam muszą podać. Powiedziałam, że bez problemu. Czuję, że to jest ok". (K8)



Problem!

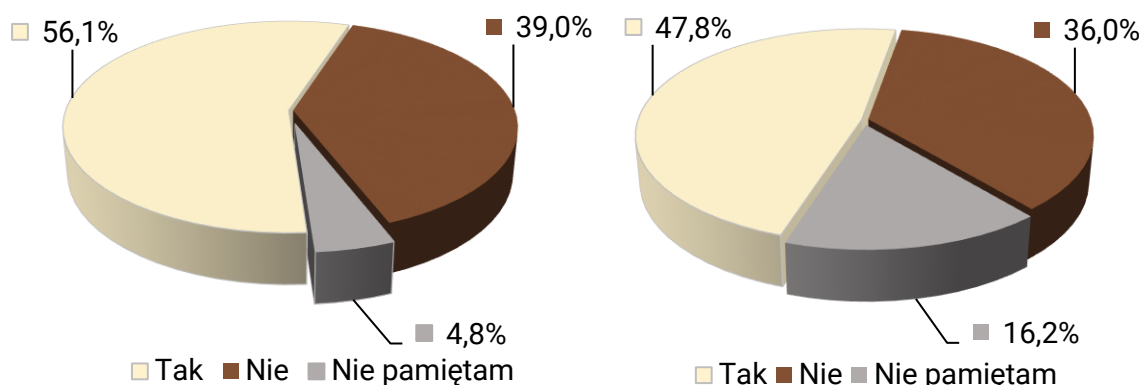
Kobiety wskazują, iż częstym jest nieprzestrzeganie przeprowadzania zabiegów pielęgnacyjnych i obowiązkowych standardowych procedur w sali, w której przebywa matka i dziecko. Zdarza się również łamanie prawa dotyczącego możliwości uczestniczenia opiekuna w innych badaniach i czynnościach medycznych wykonywanych na małoletnim pacjencie. Matki noworodków często nie mogą być przy nich podczas profilaktycznych badań, kąpieli, pobierania krwi itp. Dodatkowo, z historii kobiet wynika, iż często rutynowo przed wykonaniem tych czynności podaje się dzieciom mieszankę lub glukozę, co zwiększa ryzyko trudności z karmieniem piersią i laktacją.

3.2.5. ANATOMIA I BADANIE PIERSI

Ocena stanu piersi i brodawek czy nawet wyjaśnienie kobietom jak spowodować wypływ siary są bardzo ważnymi czynnościami, które mogą pomóc na początku mlecznej drogi. Mogą też zaszkodzić, jeśli nie będą wykonywane z poszanowaniem godności kobiety i będą stanowić jedynie przekazanie niemerytorycznego i demotyującego komentarza.



Zapytałyśmy o to, czy na oddziale personel dotykał kobietom piersi. Kobiety w 56,1% przypadków wskazały, że dotykano ich piersi/brodawek. Nie zrobiono tego w 39,0% przypadków, zaś 4,8% kobiet nie pamiętało tego faktu (Ryc. 3.10. po lewej). Respondentki, które potwierdziły, że je dotykano zostały zapytane o to, czy ktoś zapytał je o zgodę, aby to zrobić i odpowiedziały: tak – 47,8%, nie – 36,0%, zaś 16,2% nie pamiętało (Ryc. 3.10. po prawej).



Ryc. 3.10. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy ktoś z personelu dotykał Twoich piersi/brodawek?” (% , N=2476), po prawej „Czy zapytano Cię o zgodę, żeby to zrobić?” (% , N=1390)

Pytałyśmy kobiety także o to, jak oceniały swój komfort w tamtej chwili. Zdarzało się, że dotykano piersi/brodawek znieczeka, bez uprzedzenia. Kobiety natomiast bardzo różnie oceniały swoje odczucia z tym związane. Część kobiet nie odczuło w związku z tym dyskomfortu:

„Nie jestem zbyt wrażliwa, więc mi to nie przeszkadza”. (A2501)

„Czułam się komfortowo, miło było, że kogoś interesuje to, czy będę karmić piersią, a bardzo mi na tym zależało”. (A2475)

„Ok. Byłam tak wyczerpana brakiem wiedzy i pomocy przy karmieniu, że było mi wszystko jedno. Nie pomogło to niestety”. (A2387)



„Bardzo dobrze. Doradca oraz położna, poprzez nacisk na brodawkę sprawdzały, czy mam mleko, wypływ był z kilku kanalików, pochwały ;)”. (A354)

„Jako normalne badanie”. (A2459)

“Oczywiście wolałabym, żeby mnie nikt nie dotykał, albo chociaż zapytał, ale były to kobiety, więc OK. Ponadto, byłam po porodzie, gdzie »świeciłam« wszystkim, więc już mi było wszystko jedno. A co najważniejsze - bardzo chciałam pomocy z karmieniem piersią, dlatego byłam zdeterminowana i jeśli musiałam dać się pokazywać to to robiłam. Niech mi tylko pomogą”. (A1781)

Część jednak odczuwało dyskomfort, a czasem ból:

„Brak jakiegokolwiek komfortu”. (A2502)

„Nie czułam się komfortowo, szczególnie, że wg mnie »badanie« niczego nie wniosło. Piersi zostały ściśnięte i tyle, bez komentarza po co na co i co w związku z tym”. (A2494)

„Było to okropne, czułam się przedmiotowo traktowana, szarpano dzieckiem i piersią, twierdząc, że to moje pierwsze dziecko i nie umiem go przystawić”. (A2449)



*„Uznałam, że to konieczne, bo bardzo mi zależało, żeby karmić”.
(A2451)*

*„Bardzo negatywnie to oceniam, zrobiła to »starsza« lekarka.
Nie czułam się na siłach, żeby to skomentować”. (A2445)*

*„Nie było to miłe, sama nie umiałam dobrze przystawić dziecka,
więc byłam zdana na »pomoc« położnych. Jedna przyszła złapała
cycka, wymiętosiła i włożyła dziecku do buzi. Chociaż wołałam taką
pomoc niż jak w nocy położna przyniosła mi mleko modyfikowane
i powiedziała, że jak nie nakarmię piersią to mam dać mleko. Długo
to trwało, ale się zaparłam i udało się podać pierś”. (A2432)*

*“Usłyszałam, że brodawki są wklęsłe i »Nic z tego nie będzie«.
Położna mocno ścisnęła piersi, było to bardzo bolesne”. (A2417)*

*„Słabo. Położna na korytarzu w czasie wizyty kazała mi pokazać
piersi i ścisnęła brodawki oceniając ilość mleka”. (A2443)*

*„W porządku. Jednak słowa, które usłyszałam, że mogę nie być
w stanie wykarmić bolały... miękkie piersi to mało mleka, czyli
głodne dziecko, usłyszałam od położnych”. (A2259)*

*“Bardzo nieprzyjemne to uczucie, gdy ktoś dotyka twojego ciała bez
twojej zgody”. (A2245)*



„To nie było fajne. Zupełnie się nie spodziewałam”. (A2397)

„Pielęgniarka tak ścisnęła mnie za pierś że aż poleciała krew i łzy. Uprzedzałam, że bardzo mnie bołą piersi”. (A401)

“Nieprzyjemne uczucie, brak intymności, nie wiedziałam po co i jak to zrobić, a w dodatku nie dało to żadnego efektu”. (A1883)

“Personel się spieszył, nie miałam czasu wyrazić swojego zdania, czułam się przytłoczona i pozbawiona decyzyjności”. (A1616)

“Raz mnie pytano, raz nie. Były to różne osoby, ale nawet jak pytano, to i tak z rękami wyciągniętymi w stronę moich sutków. Czułam, że muszę się zgodzić i że traktuje się mnie jak coś, co dostarcza pokarm. Wstydziłam się i nie było mi komfortowo, zwłaszcza, że nie raz były przy tym otwarte drzwi, ale dla wszystkich – poza mną – była to codzienność. Ja zmuszałam się do podejmowania wymaganych, szybkich decyzji, w trosce o dobro dziecka, ale pobyt w szpitalu wspominam źle”. (A1687)

“Czułam się bardzo niekomfortowo, zwłaszcza, że bez pytania zaczęto rozpięto mi koszulę. Potem podjęto próbę wyciągnięcia brodawek strzykawką. Było to bardzo bolesne. To było w drugiej dobie po porodzie. Bardzo dziękuję za to pytanie i że komuś w ogóle zależy, żeby wiedzieć jak się z tym czułam”. (K57)



„Nie miałam edukacji przedporodowej. Wiedziałam tyle co z Internetu. Szkoła rodzenia, na którą się zapisałam też przeszła w tryb online i uważam te zajęcia za stratę czasu i stratę pieniędzy, bo więcej się dowiedziałam w Internecie niż na tej szkole rodzenia. Natomiast to było moje pierwsze dziecko i ja zapytałam położną, bo nie wiedziałam, miałam nabrzmiałe piersi, ale nie wiedziałam, czy ja mam mleko. Ona podeszła do mnie bez słowa, wzięła moją pierś ścisnęła. Wyleciała kropla. Mnie oczywiście strasznie bolało jak ona ścisnęła mi brodawkę (bardzo bolało) i powiedziała »No ma. O co chodzi, co, nie widzi?« i poszła. Zrobiła to niedelikatnie, sprawiło mi to wiele bólu i było upokarzające. To jest niemożliwe, że ja do tej pory karmię, bo nikt mi w tym nie pomógł, wszyscy mi przeszkadzali”. (K11)

Pytanie o zgodę i dbanie o komfort pacjentki jest dla kobiet kluczowe:

“Doradczyni laktacyjna była niezwykle delikatna i cudowna. Przepraszała mnie za każdym razem, gdy sprawiła mi ból. Znałyśmy się z mojego pierwszego porodu (7 lat wcześniej urodziłam też wcześniaka w 33 tygodniu ciąży. Dzięki jej zaangażowaniu rozkręciłyśmy laktację)”. (A2305)

“Sama o to poprosiłam, położna była delikatna i uspokoiła mnie, że wszystko jest ok”. (A1910)



“Za każdym razem czułam się bardzo komfortowo, ponieważ położne były bardzo życzliwe, chciały pomóc i za każdym razem pytały mnie o zgodę”. (A2399)

“Ze zgodą różnie, raz się pytali raz nie. Jeśli ktoś to robił na spokojnie w rękawiczkach albo chociaż zdezynfekowaną ręką to ok”. (A2190)

“Położna, która mi doradzała była bardzo delikatna i sympatyczna, wprowadziła luźną atmosferę i bardzo dbała o mój komfort”. (A2081)

„Było to dziwne doświadczenie, położna bez pytania ścisnęła mi brodawkę w trakcie 1 fazy porodu i skomentowała, że jest już piękna siara. Z jednej strony się cieszyłam, ale było to bardzo niezręczne. Potem już doradczyni CDL dotykała moich piersi i pomagała przystawić dziecko, ale było w tym więcej taktu”. (A1822)

„Dobrze. Moje granice nie były przekroczone. To były działania całkowicie profesjonalne, delikatne i potrzebne w tamtej chwili. Czułam się bezpiecznie”. (A450)

“Dobrze to wspominam. Położna anioł. Chciała sprawdzić, czy kanaliki nie są zatkane. Pokazała mi też, jak chwycić sutek, aby nacisnąć i sprawdzić wypływ pokarmu (wcześniej tego nie umiałam)”. (A2036)



Niektóre z powyższych przykładów wskazują na praktykę stosowaną przez personel szpitala, w szczególności położne, którą jest dotknięcie brodawek i ich ściśnięcie, w celu sprawdzenia czy wypłynie mleko. Położne na tej podstawie oceniały, czy kobieta „ma”, czy „nie ma” mleka. Taka zero-jedynkowa ocena jest błędem, gdyż na mamę może zadziałać wiele czynników, które sprawiają, że w danym momencie nie dojdzie do wypływu. Tutaj ważna jest znajomość podstaw fizjologii laktacji. Chociażby to, że ból i stres mogą zahamować odruch oksytocynowy, czyli wypływ mleka (a nie jego produkcję)¹⁴³. Ponadto produkcja mleka, jak już wcześniej wspominałyśmy, rozpoczyna się już w ciąży, zaś w pierwszych dobach po porodzie kobieta produkuje siarę w ilości, która jest dostosowana do potrzeb dziecka w tych dniach (żołądek dziecka jest w pierwszej dobie mniej więcej wielkości wiśni). Co za tym idzie, dziecko w pierwszych dobach nie potrzebuje dużych ilości pokarmu. Sprawdzenie wypływu pokarmu powinno być odpowiednio zakomunikowane i poprzedzone zgodą pacjentki na dotknięcie brodawek. Warto podkreślić, że w żadnym punkcie S000 nie wymienia się takiej czynności więc powstaje pytanie, czy wykonywanie takiej czynności w ogóle jest zasadne?



Droga kobieto!

Na podstawie samego sprawdzenia wypływu mleka nie można oceniać możliwości produkcji gruczołów piersiowych kobiety i efektywności karmienia.

Ogromnie istotne są umiejętności komunikacyjne personelu. To jak kobieta ocenia swój komfort dotyku czy badania piersi i brodawek w dużym stopniu zależy od tego, jak te czynności są przeprowadzane. Do tej pory pisałyśmy wiele o dotykaniu piersi i brodawek przez personel medyczny i wiemy już, że w szpitalach dotyka się ich często. Czy jednak tak

¹⁴³ Walter M.H., Abele H., Plappert C.F., *The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child*, *Frontiers in endocrinology* 2021, 12:742236, <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236> [dostęp: 30.11.2023]



samo często lub częściej uczy się kobiety, jak mogłyby same sprawdzić wpływ pokarmu, tak jak to było w ostatnim z powyższych cytatów, ale też w kilku poniższych?

„Od jednej położnej usłyszałam, że nie mam mleka i trzeba dać mleko modyfikowane. Ścisnęła mi brodawkę powodując jej pęknięcie. Gdy po kilku godzinach zapłakana przyszłam do innej położnej mówiąc, że chyba nie mam mleka, ona z wyczuciem, delikatnie pokazała mi jak »odciągać ręcznie«, co spowodowało fontannę. Mleko było, ale pewność siebie została zburzona przez pierwszą położną plus uszkodzenie brodawki”. (A753)

„Sama poprosiłam o pokazanie, jak sprawdzić czy w ogóle mam mleko w piersiach. Była to dla mnie ulga, że wiem, jak odciągnąć ręcznie siarę”. (A2217)

„Od jednej położnej usłyszałam, że pewnie nie mam mleka, od doradczyni CDL, że mam mleko i pokazała mi jak ściągać ręcznie”. (A1048)

Samodzielne sprawdzanie wpływu pokarmu, odciąganie ręczne to bardzo ważna umiejętność, którą warto, aby kobiety nabywały od razu po porodzie, tym bardziej, że zgodnie z SOO personel medyczny jest zobowiązany do instruktażu w tym zakresie, o czym więcej w podrozdziale 3.2.9.





Problem!

Zdarza się, że dotykanie piersi/brodawek jest dla kobiet bolesne i niekomfortowe, nagle, bez pytania o zgodę. Zdarza się, że kobietom naciska się na brodawki obserwując czy popłynie mleko, pomimo że nie stanowi to podstawy do oceny ilości mleka czy efektywności karmienia piersią.

Zapytałyśmy kobiety o to, czy personel medyczny komentował wygląd lub budowę piersi, brodawek oraz czy usłyszały coś na temat produkcji lub ilości mleka. Uzyskane odpowiedzi na te pytania wskazują, że wiele z nich usłyszało komentarze powielające mity na temat kształtu i wyglądu brodawek czy piersi. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną:

„Brodawki kobiece mogą mieć różne kształty i wielkość. Niektóre są sterczące, inne płaskie, jeszcze inne wklęsłe. Trafiają się brodawki o kształcie bąbelka, szerokie i długie. Większość brodawek nie sprawia żadnych kłopotów przy karmieniu piersią, ponieważ brodawka i otoczka są elastyczne. Układają się w buzi dziecka tak, że może ono prawidłowo ssać pierś nawet z płaską czy wklęsłą brodawką. Wiele zależy również od dziecka. Zdrowy, silny noworodek wcale nie musi mieć problemów z uchwyceniem piersi nawet w takiej sytuacji”¹⁴⁴.

Personel medyczny, którego praca powinna się opierać wyłącznie na aktualnej wiedzy, powinien znać techniki wspierające uelastycznienie i uchwycenie przez noworodka wymagającej tego brodawki, umieć dobrać technikę karmienia, ponadto znać mechanizmy

¹⁴⁴ Żukowska-Rubik M., *Płaskie i wklęsłe brodawki (sutki) – Jak karmić piersią?*, Medycyna Praktyczna 2013, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/karmienie-piersia/93049,płaskie-i-wklesle-brodawki-sutki-jak-karmic-piersia> [dostęp: 30.11.2023]



produkcji mleka i mieć świadomość, że nie można tej produkcji ocenić po samym wyglądzie piersi czy ściśnięciu brodawek. Wyznacznikiem, którym powinien się kierować personel są tzw. wskaźniki skutecznego karmienia wskazane w SOOO. Tymczasem kobiety usłyszały:

“Że z takimi piersiami nie da się karmić, od położnych”. (A264)

“Od położnej usłyszałam, że mam beznadziejne, płaskie brodawki. Brak kwalifikacji i brak chęci pomocy”. (A164)

“Usłyszałam, że nie ma chemii między córką, a moimi piersiami od położnej”. (A185)

“Położna zaraz po porodzie stwierdziła, że mam wklęsłe brodawki, dlatego mały nie przystawił się w ciągu 2h kontaktu skóra do skóry. CDL stwierdziła potem, że to bzdura”. (A228)

„Pielęgniarka: »Z takimi brodawkami nie będzie pani karmić albo jak już to będzie ciężko«”. (A1409)

Poniższe cytaty są przykładem pokazującym przekroczenie granic pacjentek przez personel, którego język był przemocowy, opresyjny i wykraczał daleko poza merytorykę. Sprzeczne komunikaty, informacje niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, czy chociażby głośne „obmawianie” za plecami pacjentki nie przyniosły wsparcia, które gwarantuje im prawo, ale jeszcze naraziły je na cierpienia psychiczne.

“Mam wklęsłe brodawki, więc dużo przykrości spotkałam w szpitalu. Że jestem słabą matką, że sobie nie poradzę, że taka duża mama, a takie małe piersi, że mi to nawet kapturki nie pomogą. Kazały



odciągać laktatorem i podawać dziecku mleko, a potem mówiły, że to bez sensu i po co ja sobie dodaję roboty zamiast przystawiać dziecko. Położne w swoim pokoiku obmawiały mnie, że nie wierzą we mnie i dziwią się jak ja mogłam wychować starsze dziecko”.

(A135)

„Poród się zakończył cesarskim cięciem z powodu spadającego tętna dziecka, więc to było dosyć nagłe. To był też poród indukowany. Miało być zupełnie inaczej. Miało być jak w domu, na piłce i jedziemy w ostatniej chwili, a było zupełnie co innego, więc byłam w ogromnym stresie. Też takie coś mnie dopadło... gdzieś tam słyszałam o tym, ale nie potrafiłam sobie tego wyobrazić, że... no bo ja dużo wiedziałam, ale byłam taka bezbronna, nie byłam w stanie w ogóle spożytkować tej wiedzy, ani być asertywna, co w życiu raczej mi z problemem nie przychodzi. Tak tam było. Małą zabrali na kangurowanie do męża, ale to niestety trwało tylko pół godziny z nieznanym nam przyczyn. Potem przynieśli mi dziecko i ja nie pamiętam tego, czy ona była już ubrana, czy ona jeszcze była taka skóra do skóry. Nie jestem w stanie sobie tego przypomnieć. Właśnie wtedy jak ta położna powiedziała, że spróbujemy przystawić małą, to tak spojrzała na piersi, na brodawki i stwierdziła »To będzie ciężko«. Tak rzuciła tylko, że będzie ciężko, bo twarde, bo niewypukłe i od razu padło »Czy ma pani nakładki?«. Po tym całym porodzie, który naprawdę tak przeżyłam bardziej psychicznie. Fizycznie też wiadomo, ale psychicznie już zupełnie: »Wszystko nie tak, wszystko nie tak«. Jeszcze na koniec to karmienie, które dla mnie było tak ważne i ten tekst to: »Nie no, po prostu wszystko po całości idzie



źle«. Było to dla mnie trudne, a nawet nie pamiętam tej pani, jak ona się nazywała, bo one się zmieniały, tak mi mignęły”. (K31)

“Prosiłam o poradę położną. Usłyszałam, że mam wklęsłe brodawki i dziecko na pewno się nie chwyci. Położna po ściśnięciu brodawki powiedziała, że czym ja chcę karmić jak i tak nie mam pokarmu. Mój komfort w tamtej chwili oceniam poniżej zera. Byłam słaba. Był to mój pierwszy poród. Potrzebowałam pomocy, a usłyszałam nieprzyjemne słowa. Po »konsultacji« otrzymałam strzykawkę do poprawy wyglądu sutków. Nie używałam jej. Mąż przywiózł mi laktator i pojawiły się pierwsze krople mleka. Powiedziano mi, że nie mam pokarmu i zaczęłam karmić mieszanką, a w międzyczasie odciągałam pokarm laktatorem i przystawiałam jak najczęściej synka. Dziś karmię już 4 miesiące”. (A71)

W powyższej historii położna dała kobiecie narzędzie, które mogło ułatwić przystawienie dziecka. Metoda odwróconej strzykawki wykorzystywana jest w celu wyciągnięcia wklęsłych brodawek chwilę przed przystawieniem dziecka do piersi a nie do „poprawy wyglądu sutków”. Choć jest to prosta metoda, wymaga instrukcji, dzięki której kobieta mogłaby ją zastosować. W powyższej historii najprawdopodobniej zabrakło wskazówek, kobieta nie wiedziała, co ma z tą strzykawką zrobić. Była zniechęcona, ponieważ nie dostała wsparcia a całościowy przekaz sprawił, że nie chciała stosować się do rad położnej.

Jednym z największych lęków części kobiet, które decydują się na karmienie naturalne, jest lęk o to, czy są w stanie zaspokoić zapotrzebowanie dziecka na pokarm. “Czy moje piersi są w stanie wyprodukować odpowiednią ilość mleka?”, “Ile moje dziecko zjada, przecież tego nie widać?”. Kobiety mogą obawiać się, że ich ciała są niewystarczające, piersi zbyt małe, brodawki zbyt płaskie. Oceniające, niemerytoryczne uwagi mogą być bardzo demotywujące, wywoływać stres, który nie sprzyja karmieniu piersią. Kobieta może czuć, że jej ciało nie jest wystarczające, żeby wykarmić dziecko, że czegoś jej brakuje.



„Pielęgniarka powiedziała, że piersi wyglądają jakby nie miały mleka”. (A147)

„»Co on ma jeść, jak tutaj jest pusto?«”. (A401)

„Usłyszałam, że na pewno dziecko płacze, bo się nie najada, bo nie mam pokarmu”. (A315)

„Usłyszałam, że mam duże piersi, więc dlaczego puste”. (A1809)

„Położna na oddziale »Pokaże piersi. Puste«”. (A2997)

„Trudne i nienadające się do karmienia”. (A385)

„Usłyszałam, że dziecko płacze, bo nie mam mleka, co więcej bez pytania położna mocno dotknęła mi piersi, a że miałam wtedy nawał i twarde piersi, to wywołało ból, a dziecku trudniej było się dostawić... Dobrze, że to była druga przygoda z karmieniem i wiedziałam już bardzo dużo”. (A266)

„Dziecko miało problem ze ssaniem. Jedna położna stwierdziła, że w piersiach nie ma mleka, przyszła kolejna i mówiła z kolei, że mleka jest dużo”. (A111)

„Po ściśnięciu piersi przez położną, powiedziała, że jest mało mleka”. (A652)



Część komentarzy dot. brodawek, piersi czy ilości mleka była wspierająca:

“Że mam brodawki stworzone do karmienia dzieci”. (A74)

“Że mam dobre brodawki i mleko już jest, tylko maluch jest leniwy i nie chce jeść, ale to normalne”. (A211)

“Od położnych, że mam bardzo dużo mleka i piękną laktację, bardzo mi gratulowały i wspierały”. (A409)

Takie słowa mogą dodać otuchy, jednak warto zwrócić uwagę na to, iż w sali mogą znajdować się inne kobiety, które również mogą zacząć oceniać swoje ciało porównując się do innych. Nawet pozytywne komentarze powielają mit, jakoby po krótkim spojrzeniu na biust można stwierdzić ilość produkowanego przez piersi mleka oraz wyrokować czy dziecko będzie miało trudności w ssaniu. Nie ma jednak wątpliwości, że wszystkie wspierające i wyrażone z empatią słowa są na pewno kobietom potrzebne:

“Usłyszałam od pani salowej, że mam ładne brodawki i będę karmić kilka lat. Jedyna osoba, która dodała mi otuchy po porodzie”. (A143)

Jedna z lekarek, która jest mamą wielu dzieci, a także szkoli personel medyczny z zakresu laktacji, powiedziała:

„To jest temat rzeka, bo z punktu widzenia mnie jako doradcy brodawka może być naprawdę w milionie odmian i nie jest to w ogóle przeszkodą do karmienia, ale takie przekonanie, że ta brodawka musi być jakaś tam panuje wśród personelu



nagminnie. To jeden z wielu mitów. Jeżeli dziecko dobrze jest przystawione to naprawdę ono nie zna innej brodawki. Ono taką dostało u tej mamy, więc ono nie będzie wybrzydzać. Taka jest i tak z taką sobie poradzi, czyli wraca takie przesłanie, bardzo stare, przede wszystkim nie szkodzić. Te komunikaty o kształtach piersi wielkościach i brodawkach to jest w ogóle cały ocean i tego rzeczywiście może nawet jest najwięcej. Może od tego trzeba by zacząć. I to jest ogromne nieporozumienie, bo to nie ma żadnego związku z możliwością wykarmienia dziecka. Bardzo rzadko się zdarza taka sytuacja, że może być to trudnością przez kilka dni, ale nie jest przeszkodą do wykarmienia potem tego dziecka. Ja już naprawdę widziałam piersi, które wystawały 2 cm od klatki piersiowej i mama karmiła 2 lata to dziecko. Zdecydowanie większość tych par, które do mnie przychodzi, powiedziałabym, że 90% problemów, które one potem mają, wynika z różnych problemów dziecka. Zdecydowanie". (P1)

Jak bardzo komentarze o piersiach/brodawkach mogą być nie na miejscu, bezcelowe i chybione, a także jak często mówią więcej o braku wiedzy i bezradności osoby, która je wypowiada, przekonamy się czytając poniższą wypowiedź kobiety:

„Jedna położna komentowała płaskie brodawki, że nimi to nie wykarmię... poprosiłam o wezwanie kogoś, kto mi pomoże przystawić prawidłowo. Drugiej położnej powiedziałam, że starszego syna karmiłam piersią 2,5 roku, to pierwsza była zszokowana". (A851)



Kolejna z kobiet mogła uznać, że nie jest w stanie wykarmić swojego dziecka z powodu wklęsłych brodawek mając taki wzorzec w rodzinie. Nie zraziła się jednak i szukała przyczyn po stronie dziecka.

„Pamiętam, że moja mama miała teksty pod tytułem »Po co się męczysz?«, »Daj butelkę«. Miałam wklęsłe brodawki, tak jak inne kobiety w mojej rodzinie. To też był argument mojej mamy, że one nie karmiły, bo też mają takie brodawki. Powiedziała magiczne słowa pod tytułem: »Przecież u nas żadna kobieta nie karmiła, wszystkie miałyśmy problemy i przecież ty też nie będziesz karmić«. To było to magiczne zdanie, bo jak ktoś mi mówi, że ja czegoś nie zrobię, to tak nie będzie. To zadziało jak płachta na byka. Wiedziałam, że mam takie brodawki i pamiętam, że zapytałam nawet na szkole rodzenia, czy to jest problem. Oczywiście usłyszałam o kapturkach i o innych rzeczach. Ktoś nawet w szpitalu sugerował te kapturki, ale to była rzecz, która wiedziałam na pewno, że mi nie pomoże, bo coś innego jest nie tak. Więc z nakładek nie korzystałam w ogóle. I po prostu w tym moim szale szukania i zdobywania informacji dowiedziałam się, że raz, że kobiety, które miały płaskie brodawki albo wklęsłe brodawki – karmią, a dwa, jak już odciągałam tym laktatorem to okazało się, że te brodawki już nie są wklęsłe, po prostu. Także ten problem sobie poszedł”. (K19)

Ten inny problem, o którym mówiła kobieta, jak się później okazało, wynikał z nieprawidłowej anatomii w obrębie jamy ustnej dziecka, a udało się go rozwiązać z pomocą zaleceń neurologopedy.



Jedna z kobiet, której historię kontaktu „skóra do skóry” opisywałyśmy wcześniej, zapytana na samym początku wywiadu, o to co sprawiło, że chciała z nami porozmawiać, jako pierwsze wypowiedziała słowa:

„Odczucia jakie mi towarzyszyły na początkach karmienia piersią. Dużo zrobiło tutaj podejście położnych na oddziale na samym początku. Nie było takie jak powinno być. Położna, która przyniosła mi dziecko popatrzyła na moje piersi powiedziała, że »Pani przecież z tym nie będzie karmić«, że »Jak to sobie pani wyobraża? Proszę wysłać kogoś po nakładki. Przecież pani bez nakładek nie ma szans, żeby zaczęła karmić«. Więc nawet mi nie przyłożyła dziecka do piersi. Ja byłam po cięciu cesarskim, więc to trochę było mi ciężko samej ją wziąć”. (K9)

Powyższe słowa, były niewątpliwie przemocowe, a dla kobiety bolesne i traumatyczne. Jeszcze podczas wywiadu budziły na tyle duże emocje, że kobieta rozplakała się je wypowiadając.



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny podważa zdolność kobiet do wykarmienia dziecka kierując do nich suche, zdawkowe i bezcelowe komentarze dotyczące rozmiaru, budowy piersi czy brodawek. Takie uwagi są szkodliwe, ponieważ mogą zniechęcić kobietę do karmienia, odebrać jej wiarę w powodzenie, wzbudzić lub wzmocnić lęk o to, iż nie będzie w stanie wykarmić własnego dziecka. Stoimy na stanowisku, że takie komunikaty są formą przemocy słownej.



W ostatniej cytowanej historii położne zaleciły stosowanie nakładek (tworzywo silikonowe w kształcie brodawki do nakładania na brodawkę na czas ssania piersi, również nazywane osłonkami lub kapturkami), jednocześnie ignorując zasady prawidłowego postępowania i zachowania kontaktu „skóra do skóry” (cytowaliśmy historię tej kobiety w podrozdziale 3.2.1. dot. kontaktu SDS).

Niestety wydaje się, że proponowanie nakładek kobietom, które mają nietypowy kształt brodawki, jest bardzo częste, ale co najistotniejsze nie idzie w parze z udzieleniem rzetelnej pomocy. Nieumiejętnie używane nakładki mogą wprowadzać problemy. Zalecanie ich powinno być więc poparte specjalistyczną wiedzą. Powinny być odpowiednio dobrane, a ich wprowadzenie poparte instruktażem położnej. Nakładki to rozwiązanie tymczasowe i ich zalecenie powinno być próbą rozwiązania problemu w karmieniu piersią (np. popękanych brodawek) a wraz z ustaniem problemu, korzystanie z nakładek powinno zostać zakończone.

„Kapturki mogą być stosowane w okresie przejściowym, podczas nauki ssania w sposób właściwy, kiedy istnieją uzasadnione ku temu powody¹⁴⁵”.

“Każda pani mówiła co innego. Jedna, że dziecko trzeba dokarmić mlekiem modyfikowanym, a druga, że nie. Sugerowały nakładki. Jedyna położna, kiedy już prawie się poddałam pokazała, jak prawidłowo przystawić dziecko i od tamtej pory karmienie przebiega bez problemu”. (A25)

„Opiekę w trakcie ciąży oceniam bardzo dobrze. Gorzej było w szpitalu. Rodziłam przez cesarskie cięcie, cały pobyt w szpitalu odczuwałam, że jestem pacjentka gorszej kategorii. Kiedy

¹⁴⁵ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, s. 13, https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



urodziłam, miałam problem z przystawieniem dziecka do piersi, do tego byłam bardzo obolała po zabiegu. Położna, która do mnie przyszła zbesztła mnie, że dziecko jest głodne i szuka, a ja mu nie daję jeść. Nie pokazała w jaki sposób przystawiać dziecko. Przystawiła je sama i stwierdziła, że nie umie złapać piersi, bo mam wklęsłe brodawki. Zapytała, czy mam nakładki laktacyjne. Miałam, ale w walizce. Nie umiałam ich sama wyjąć, bo nie mogłam się ruszać, więc położna przyniosła szpitalne. Dziecko zaczęło ssać przez nakładkę. Nikt nie powiedział w jaki sposób zejść z nakładek, nikt nie powiedział o doradcy laktacyjnym. Czułam się winna, że dziecko nie umie jeść z mojej piersi. Oczywiście dziecko zostało dokarmione mlekiem modyfikowanym w nocy, mimo że w planie porodu miałam zaznaczone, że tego nie chce. Kiedy dziecko w szpitalu płakało, położne zalecały smoczek. Dziecko nie chciało smoczka. Obecnie udało mi się zejść z nakładek dzięki mojej położnej środowiskowej i pediatrze. Nie używam smoczka". (A2371)

„Wzięłam to sobie do serca, że ze mną, z moją anatomią jest coś nie tak. Może to nie pomogło, natomiast nie był to główny problem. Kapturki, które mi były zaproponowane przy, jak się później okazało, obniżonym napięciu w buzi u mojego dziecka, jeszcze bardziej pogłębiły problem. Przywiązałam się do myśli, że to moja budowa anatomiczna jest problemem. Główny problem był po stronie dziecka". (K37)

„Co przyszła jakaś położna, to mówiła co innego. Kolejna położna zaleciła nakładki na piersi, ale też w dobie pandemii szpital tego nie



miał. Mój mąż musiał mi na szybko jakieś załatwić i przywieźć. Podał pielęgniарce, bo nie mógł mnie widzieć, bo nie mógł wejść na oddział i okazało się, że nakładki były za małe. Bolały mnie sutki. Córka trochę je pociumkała, ale koniec końców dalej nie chciała ssać. Nikt się tym kompletnie nie interesował, że nam to nie idzie. Łatwiej oczywiście było dać mleko modyfikowane. W końcu musiałam je podać, bo musiała coś zjeść, a laktator był jeden na oddział, więc ani razu go nie użyłam. Miałam takie wrażenie, że personelowi jest wszystko jedno, jak ja będę karmić, że pobędę tu chwilę, zaraz sobie pójdę, przyjdzie kolejna, a ich to nie interesuje. Mleko modyfikowane a pierś, to dla nich żadna różnica”. (K52)

Jedna z kobiet dopiero po powrocie do domu uzyskała wiedzę o tym, jak zrezygnować z używania nakładek, po zagłębieniu się w informacje dostępne na internetowej grupie na Facebooku, w której, jak to określiła, promowano wiedzę opartą na badaniach naukowych (tzw. EBM – Evidence Based Medicine). Zdołała także inne informacje pomocne jej w przezwyciężeniu trudności, które pojawiły się już na oddziale poporodowym.

„Ja nie napisałam osobnego postu. Po prostu czytałam wszystkie te co tam były i stamtąd się dowiedziałam: ile razy na dobę powinnam ściągać laktatorem, żeby tę laktację utrzymać, jak powoli schodzić z nakładek, bo położna w szpitalu jeszcze powiedziała, żeby spróbować karmić z nakładką. Ale też nie było nic powiedziane, że to nie jest rozwiązanie na zawsze i ono nie jest dobre. To jest przejściowe. Bo tak nawet nie wiedziałam, że trzeba z nich schodzić i że możliwe, że mały przez nakładki też nie rozkręcił tej laktacji, tak jak powinien. Stamtąd się dowiedziałam, że trzeba schodzić i że trzeba próbować, i że zamiast butelką, to lepiej kubeczkim, strzykawką dokarmiać, żeby nie zaburzyć



odruchu ssania, żeby mały już nie został na butelce. Wszystko to wyciągnęłam z tej grupy". (K16)

A oto kolejna historia wcześniej już cytowanej przez nas kobiety, której wygląd brodawek skrytykowano już podczas kontaktu „skóra do skóry” i od razu zapytano, czy ma nakładki:

„Ja te nakładki miałam, bo dostałam od koleżanki. Ona mówi »Nie używałam, ale w razie czego sobie może weź«. No i wzięłam, ale one były do bani, takie twarde, wielkie. Po tej cesarce byłam znieczulona, więc się nie mogłam ruszać, tylko rękoma. Małej za bardzo nie umiałam przystawić przez tą nakładkę. Nakładka spadała przesuwała się, to koszmar. Mała całą noc płakała, bo pewnie chciała ssać. Staralam się na tyle ile mogłam, ale raczej krzyczała większość nocy i tylko rękoma z jednej strony na drugą ją przerzucałam, bo byłam bez ruchu. Nie wiedziałam, czy tak ma być, czy nie. Te położne, które przychodziły zaraz po porodzie jeszcze na dukcie porodowym one były trochę niemile i nie pokazywały, były takie bez empatii, oschłe, że powinnam wiedzieć. Dla nich to jest chleb powszedni, ale dla mnie nie. No radź sobie. Nie wiedziałam, jak przez te nakładki mam próbować, przystawiać czy nie. Jeszcze dostałam informację, że jest weekend, więc nie ma pani laktacyjnej. Ona przyjdzie do mnie po weekendzie. Następnego dnia po uruchomieniu jak to się mówi po cesarskim cięciu przewieziono nas na poporodową salę. To była sobota, bo urodziłam bardzo późno w piątek. Małą cały czas próbowałam przystawiać na tyle, na ile potrafiłam z tymi nakładkami. Zapytałam którejś z położnych, bo widziałam sama, że te nakładki są beznadziejne, wielkie, twarde, czy może jakieś inne. Pytam się »Czy z [nazwa firmy]«. »Tak,



z [nazwa firmy] są dobre«. No to: »Czy jakiś rozmiar?«, to w sumie nawet mi nie spojrzały na brodawkę, żeby doradzić tylko »Pani weźmie M, bo to najbardziej uniwersalne«. Mąż poszukał i przyniósł mi rano. Próbowalam przez nie małą karmić. Widziałam praktycznie, że ta siara spływa do nakładki, ale mała cały czas płakała. Nie wiedziałam, czy ona płacze, bo dzieci płaczą, czy ona płacze, bo jest głodna, czy czemu ona płacze całą noc. Ona później około trzeciej mi zasypiała, ale teraz już wiem, co mnie tak boli dosyć mocno, że ona zasypiała po prostu już z wycieńczenia. Też całe szczęście wiedziałam od położnej środowiskowej, właśnie na spotkaniach przygotowujących przed porodem to było poruszane, i tą siarę z tej nakładki, żeby się nie zmarnowała, bo widziałam, że ona zalega, a nie widziałam czy mała to przełyka, czy nie, więc sama wkładałam palec i wyjmowałam i nacierałam jej siarą dziąsła. Tyle co robiłam. W nocy jak przychodziły panie położne, one były bardzo miłe, bo nie powiem, że niemiłe, tylko nie wiem, czy one nie miały wiedzy laktacyjnej, czy co, bo mała krzyczała w nocy, to odpowiedź na to, jak mówiłam, że próbuję przystawić, że nie wiem czy ona ssie, że wypuszcza, też nie byłam w stanie przyjąć innej pozycji jak na leżąco po tej cesarce (nikt mi też nie pomógł, nie podpowiedział, bo te łóżka były na pilota, ale jakoś miałam zaćmienie, a mogłabym po prostu z pilotem usiąść i na siedząco ją przystawić), to jedyna odpowiedź pań położnych to była, czy może przynieść mieszankę. Byłam kategorycznie na nie na tą mieszankę. Do tego stopnia, właśnie, że ciągle mówiłam, że nie, nie i nie. W poniedziałek rano przyszła pani M. Nasz anioł. To już była 3-4 doba, więc dwie doby praktycznie mała się przegłodziła. Tyle co jej tak wmasowywałam tą siarkę w dziąsła”. (K31)



W podrozdziale 3.2.8. dot. postępowania w przypadku nieskutecznego karmienia zacytujemy fragment dalszej opowieści kobiety, o tym jaką profesjonalną pomoc i wsparcie otrzymała później od pracującej w tym samym szpitalu doradczynie laktacyjnej, która, jak to określiła, była jej „aniołem”.



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny szpitala zaleca stosowanie nakładek na brodawki sugerując się wyłącznie wyglądem piersi, bez oceny umiejętności ssania dziecka oraz nie udzielając kobiecie rzetelnej pomocy w karmieniu piersią czy nawet instrukcji jak stosować nakładki. Zazwyczaj brakuje również informacji, że to rozwiązanie tymczasowe.

Ból brodawek u kobiet często jest przez personel medyczny ignorowany bądź bagatelizowany.

„Bolały mnie sutki przez złe przystawienie dziecka do piersi, więc zaproponowano, że podadzą mieszankę. Z bólu zgodziłam się”.
(A2417)

„Dzień przed terminem było rozwiązanie, my nawet ponad dwie godziny mieliśmy kontakt skóra do skóry i już wtedy mówiłam, że mnie boli. Akurat był wieczór, bo młody się urodził późnym popołudniem, więc noc jakoś tam przebiegła spokojnie i kolejnego dnia rano dziecko płakało, płakało, płakało. Kazali przystawiać, jak nie przystawiać to miałam swój laktator i kazali ściągać, pracować. Na zmianę ze ściągnięciem, karmieniem płakałam”. (K53)



„Personel medyczny nie sprostął zadaniu. Wielokrotnie zgłaszałam się z prośbą o pomoc, przedstawiałam swoje obserwacje, że dziecko ma problem z prawidłowym ssaniem, zniekształca brodawkę, że pojawił się ból i rany. Prosiłam, żeby ocenić wędzidełko (po wyjściu ze szpitala okazało się konieczne podcięcie). Zostało to zbagatelizowane, wina za słabe karmienie została zrzucana na mnie, mówiono mi wprost, że źle przystawiam, że zła pozycja, że jako pierworódka nie mam doświadczenia i muszę poćwiczyć, że karmienie zawsze boli itp. Po wyjściu ze szpitala na własną rękę musiałam szukać pomocy”. (A390)

„Na oddziale nie było doradcy laktacyjnego, a jak mówiłam, że moje dziecko nie chwyta piersi, a karmienie okrutnie boli to dowiedziałam się, że tak jest i że tylko w książkach piszą głupoty”. (A520)

Historia kobiety jest jedną z wielu podobnych, w których to trudności po stronie dziecka stanowiły początek problemów z karmieniem piersią. Więcej przykładów i szersze omówienie zagadnienia zawarliśmy w podrozdziale 3.2.7., w którym skupiamy się na obowiązkowej według S000 ocenie umiejętności ssania i efektywności pobierania pokarmu.

Szybka profesjonalna pomoc, kiedy karmienie bezpośrednio z piersi boli kobietę jest kluczowa, gdyż niechęć do przystawiania w wyniku bólu jest naturalna, a mniejsza częstotliwość przystawiania dziecka w pierwszych dobach może skutkować nadmiernym ubytkiem masy ciała (o fizjologicznym spadku masy ciała noworodka więcej w podrozdziale 3.2.8.).

„Myślałam, że karmienie piersią będzie prostsze. Ostatnio rozmawiałam ze znajomą i ona powiedziała, że jej badali piersi jak była jeszcze w ciąży. Moich nikt nie obejrzał i ja na przykład nie



wiedziałam, że mam płaskie brodawki i miałam bardzo duży problem, że miałam po prostu poranione. Miałam psychiczny problem z przystawieniem dziecka, bo wiedziałam, że to zaboli. W czasie edukacji przedporodowej, miałam na temat karmienia piersią, ale bez badania piersi i położna, ta która mi prowadziła edukację przedporodową, potem już na patronażu raz widziała, jak miałam ranę na brodawce. Jak jej pokazałam, to była zdziwiona, że byłam w stanie przystawić dziecko do tej piersi, bo miałam taką ranę. Natomiast tak to nie badała w ciąży mi piersi. Zaś jeszcze w szpitalu położna powiedziała, że córka spadła powyżej 10% masy urodzeniowej”. (K3)

Czasem karmienie przez nakładki daje czas na zagojenie się ran brodawek. Jednak w takiej sytuacji kluczowe jest wraz z jednoczesnym wprowadzeniem nakładek, znalezienie przyczyny powstawania problemu poranionych brodawek. W kolejnej historii w szpitalu ignorowano ból brodawek, który zgłaszała matka. Dopiero uważna położna środowiskowa skorygowała pozycję karmienia, co z tymczasowym użyciem nakładek pomogło zaleczyć rany.

„W szpitalu była bardzo fajna położna, która zaglądała, czy dziecko je, czy prawidłowo, czy zasysa, czy policzki się dobrze ruszają. Miałam problem, bo bardzo mocno poraniły mi się brodawki, więc poleciła mi kupić kompresy na rany. Natomiast na pewno nie było problemu z wędzidełkiem, bo też położna sugerowała, że może być z tym problem. Natomiast nikt mi faktycznie nie patrzył, dlaczego to dziecko mi tak rani te brodawki. Nikt nie zwrócił uwagi, mimo że się skarżyłam za każdym razem jak byli. Absolutnie tego nie sprawdzają. To jest minus tego szpitala, że on jest nazywany fabryką dzieci, że szybko urodzić dziecko i szybko wyjść. Tam jest



bardzo duży nacisk na to, żeby dzieci przybierały, a ten fizjologiczny spadek nadrobią jak najszybciej, więc generalnie była bardzo silna presja, żeby karmić, karmić, karmić. »Bo jak pani nie będzie karmić, to damy butelkę«. Proponowali mi mieszankę. Nawet na dzień przed wypisem, jak był lekarz na wizycie, to mówił, że dziecko jest jeszcze na takim silnym spadku, że jeśli następnego dnia rano, czyli w dniu wypisu, nie będzie takiego przebierania jakie powinno być, to zostaniemy na cały tydzień i koniecznie dziecko wtedy już musi przejść na mieszankę albo przynajmniej być nią dokarmiane. Mąż się śmieje, że jestem upartą istotą, więc powiedziałam, że nie dopuszczę do tego i tylko karmiłam, karmiłam. Po tych 3 dniach jak wróciłam do domu, przysłała nasza położna środowiskowa. To, co było dla mnie ogromnym wsparciem to to, że przekazała ogromną ilość praktycznej wiedzy. Pokazała, jak karmić spod pachy. Powiedziała »Pozwól dziecku leżeć na poduszce, przecież nie musisz go trzymać w rękach cały czas, a tu przy okazji mleko inaczej z tych kanałów spływa, inaczej pierś jest opróżniona«. Żadna książka na to nie przygotuje. To musi przyjść osoba, musi to dziecko obrócić, pokazać jak ręce ułożyć. Żadna zabawa na fantomie czegoś takiego nie nauczy, jak faktycznie osoba, która już pokaże na żywym organizmie. Kazała mi przez 2-3 dni karmić w nakładkach silikonowych, żeby się zdążyły rany wygoić. Jak się wygoiły, to już spokojnie wróciłam do normalnego karmienia i już nie było takiego problemu”. (K48)

Warto również wiedzieć, że czasem problem bolesności brodawek może wynikać z syndromu zwanego fenomenem Raynauda, czy problemów z grzybicą (sygnałem ostrzegawczym będą wówczas, np. pleśniawki u dziecka).



„Przeszłam przez zespół Raynauda. To jest podobno rzadkie – jednostka chorobowa, która się objawia najczęściej w stawach drobnych, czyli w dłoniach, że przy zmianie temperatury odpływa krew z naczyń krwionośnych i na przykład ręce robią się białe. Wówczas to jest bolesne. Akurat moja siostra jest neurologiem i wszystko mi wyjaśniła. Zdarza się właśnie, że u kobiet karmiących, to nie jest tak, że się tym się zaraża, tylko że ekspozycja na ssanie powoduje nadwrażliwość brodawek i piersi reagują w ten sposób, że krew też odpływa, po karmieniu brodawki bieleją i to jest bolesne. Nie można wyjść na dwór, bo nie można w ogóle zimnem ich traktować. Potwornie to boli. Przez to, że młody jadł, to ja się czegoś takiego nabawiłam. Wychodziłam na dwór z żelowymi wkładkami nagrzanymi w mikrofalach, z tetrami izolującymi”. (K38)



Droga kobieto!

Różnicowanie zespołu Raynauda wymaga znajomości problemów w laktacji na poziomie zaawansowanym. Jest często błędnie diagnozowany jako infekcja Candida i leczony środkami przeciwgrzybiczymi¹⁴⁶.

Wymaga on diagnozy i różnicowania przez specjalistę od laktacji. Zachęcamy do diagnozowania się u konsultantki laktacyjnej IBCLC, doradczyni laktacyjnej (CDL), albo położnej z obszerną wiedzą laktacyjną.

¹⁴⁶ Anderson P. O., *Drug Treatment of Raynaud's Phenomenon of the Nipple*, *Breastfeeding Medicine* 2020, 15(11):686-688, <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0198> [dostęp: 30.11.2023]



Podsumowując, potrzebna jest specjalistyczna wiedza, aby personel medyczny szpitala potrafił pomóc pacjentce z bólem lub ranami brodawek. Taką wiedzę posiada jedna z lekarek, która na co dzień pomaga kobietom w szukaniu przyczyn bólu.

„Najczęściej to, co się dzieje potem z mamą jest wynikiem działania dziecka. Czy to będą uszkodzone bolesne brodawki, czy to będzie, ból piersi, czy to będzie niedobór pokarmu, czy zapalenia i zastoje, czy inne rzeczy – tu dziecko jest najczęściej winowajcą, co notabene niezwykle rozluźnia atmosferę jak ja to mówię, staram się to zawsze powiedzieć na wizycie, bo to z tej kobiety zdejmuję niesamowity ciężar, że ona tu coś zawiniła. Zawsze mówię: »Nic pani nie zawiniła. Wręcz szacun, że szuka pani pomocy i że pani do mnie przyszła. Wcale nie późno, bo jeszcze mamy dużo czasu«. Nowa droga jest otwarta dla niej”. (P1)



Problem!

Zdarza się, że ból lub rany brodawek u kobiet są ignorowane bądź bagatelizowane, a personel nie potrafi pomóc lub nawet nie próbuje szukać przyczyn bólu/ran.

3.2.6. POMOC I WSKAZÓWKI UDZIELANE MATCE

S000 wskazuje na przekazywanie przez personel medyczny informacji zgodnie z aktualną wiedzą jako na jeden z pierwszych elementów zapewniania warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka. Wymieniony jest również instruktaż matki w zakresie przystawiania dziecka do piersi czy rozpoznawania wczesnych oznak głodu.



„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

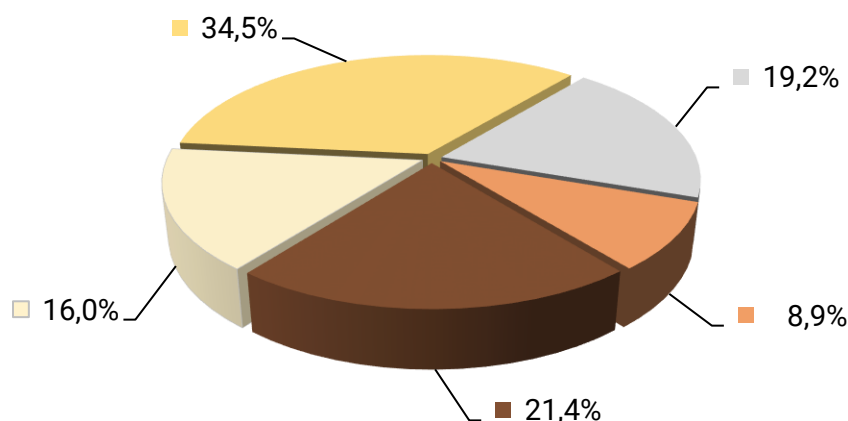
1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;

2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny;

3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania)”.
(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Respondentki odpowiadając na pytanie „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciągniętym z piersi?” wymieniały odpowiedzi wskazujące na otrzymanie tej pomocy: tak - cały personel służył pomocą (16,0%), tak - ale pomoc była w zależności od danej zmiany personelu (34,5%), tak – na oddziale była dostępna osoba „od laktacji”, do której kierował mnie personel (19,2%). Część jednak tej pomocy nie otrzymała. Pomimo tego, że personel kierował kobietę do osoby „od laktacji”, to nie była ona dostępna (8,9%). Z kolei 21,4% ankietowanych będących pod opieką szpitalną nie otrzymało żadnej pomocy w zakresie karmienia piersią i mlekiem matki (Ryc. 3.11.).





- Tak - cały personel służył pomocą
- Tak - ale pomoc była w zależności od danej zmiany personelu
- Tak - na oddziale była dostępna osoba "od laktacji", do której kierował mnie personel
- Nie - na oddziale była osoba "od laktacji", do której kierował mnie personel, ale nie była ona dostępna
- Nie

Ryc. 3.11. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciętym z piersi?” (% , N=2476)

Wśród osób, które pomagały najczęściej były położne, doradczynie laktacyjne CDL/międzynarodowe konsultantki laktacyjne IBCLC/edukatorki ds. laktacji, rzadziej były to pielęgniarki, następnie lekarze neonatolodzy, psychologowie czy lekarze innych specjalności. W części przypadków kobiety nie wiedziały, kto udzielił im pomocy, natomiast pojedyncze z nich wymieniały, osoby dość nieoczywiste:

“Największą pomoc okazała mi salowa”. (A1900)

“Pani z Banku mleka kobiecego”. (A2003)



*“Lekarz pediatra 3. dnia po porodzie oraz pani sprzątająca salę.
Bezdzietna w dodatku, ale miała bardzo trafne i pomocne rady”.*

(A2347)

Kobiety, które odpowiedziały twierdząco na pytanie o pomoc, były pytane również o to: *„Jak ta pomoc wyglądała i czy zaspokoila Twoje potrzeby?”*. Natomiast kobiety, które zaznaczyły, że nie otrzymały pomocy odpowiadały na pytanie: *„Jakie było zachowanie personelu i co mogło być przyczyną braku pomocy/braku udzielenia wskazówek w karmieniu piersią i/lub Twoim mlekiem?”*. Poniżej cytujemy wybrane odpowiedzi ogólnie oceniające pomoc lub brak pomocy personelu medycznego oraz te skupiające się na udzielonym kobietom instruktażu w karmieniu piersią. Natomiast w dalszych podrozdziałach będziemy również przyglądać się odpowiedziom na te pytania w przypadkach, kiedy kobiety konkretnie wskazywały na postępowanie personelu związane z omawianym w danym podrozdziale tematem (np. ocena umiejętności ssania, stymulacja laktacji czy postępowania personelu w przypadku komplikacji zdrowotnych po stronie dziecka, wcześniactwo itp.).

Część kobiet miała bardzo pozytywne doświadczenia. Spotkały się z empatią, rzetelną pomocą i wsparciem, ale, co nie mniej ważne, zostały poinstruowane i poinformowane jak karmić piersią.

“Położna nauczyła mnie, jak usłyszeć połknięcie mleka, jak obudzić przysypiającego noworodka przy piersi. Uspokoila, że dwa dni dziecko może ssać samą sianę i jest to dobre dla jego układu odpornościowego. Dostałam też wskazówki, ile minut powinno ssać dziecko i jak zmieniać pierś do karmień. Zaspokoilo moje potrzeby w 100%”. (A127)

„Pokazała prawidłową pozycję karmienia i jak dziecko ma uchwycić pierś. Mówila też o przetykaniu pokarmu przez noworodka”. (A219)



„Otrzymałam informacje na temat pozycji przystawiania dziecka, ile dziecko powinno jeść, jak sobie radzić z nawałem, co robić, gdy dziecko zasypia w trakcie jedzenia, jak sprawdzić czy efektywnie je. Poznałam sposoby sprawdzania, ile zjadło/przyrostu masy, jak często karmić”. (A2410)

„Pomocy było dużo. Różne położne odpowiadały na pytania, radziły, pomagały. Miałam możliwość konsultacji z doradczynią laktacyjną. Ale kiedy w nocy miałam kryzys i duży niepokój, że dziecko się nie najada spotkałam się z dużym zrozumieniem i wsparciem od położnych na dyżurze. Pomogły zarówno w karmieniu jak i mentalnie”. (A450)

“Osoby z personelu pomagały mi przy podawaniu dziecka i dostawieniu dziecka. Uczyły, jak to robić. Korygowały pozycje. Doradca laktacyjny powiedziała, że wszystko ok u mnie i choć brodawki nie były bardzo mocno »wystające« to powiedziała, że dzidzia sobie poradzi. Tłumaczyła, że pierwsze to siara, że z biegiem czasu opanuje technikę karmienia i ta laktacja się zwiększy. Bardzo wspierała. Czułam się dobrze, ponieważ doradczynie wszystko mi tłumaczyła, czułam się zaopiekowania. Była ciepła i zaangażowana – toż to anioł był”. (A253)

“Często prosiłam personel o pomoc z przystawieniem i byłam bardzo ciepło traktowana. Udzielono mi wielu wskazówek i pomagano z przyjęciem wygodnej pozycji, z podaniem dziecku brodawki itd.” (A2045)



„Wszystkie położne były pomocne, zależnie od moich potrzeb. Początki karmienia są trudne i budzą dużo wątpliwości i frustracji. Otrzymywałam pomoc na bieżąco”. (A167)

„Jedna z położnych próbowała mi pomóc, ale bez większego sukcesu, za to położna z kolejnej zmiany poświęciła mi bardzo dużo czasu i troski, dzięki niej nauczyliśmy się z dzieckiem karmić piersią”. (A163)

„Od wytłumaczenia skąd bierze się pokarm i jak się pojawia po pomoc w przystawianiu dziecka do piersi oraz pokazania różnych pozycji do karmienia i oceny ssania przez dziecko, czy jest ono efektywne”. (A145)

“Położne dawały dużo przestrzeni, na zasadzie, kiedy będę potrzebowała pomocy, mam je wezwać. W pewnym momencie byłam zrezygnowana i bardzo rozbita, ponieważ miałam wrażenie, że robię coś źle. Waga dziecka się wahała, przez co nie mogliśmy od razu wrócić do domu. Zadzwoiłam po położną, przyszła z uśmiechem na twarzy i ogromną empatią spróbowała pomoc mi przystawić dziecko do piersi. Problem mój pojawiał się na kilku zmianach i za każdym razem, od różnych osób otrzymywałam taką samą profesjonalną pomoc z traktowaniem mnie w sposób podmiotowy”. (A73)

„Pomoc na najwyższym poziomie. Położna spędziła ze mną mnóstwo czasu, żeby uczyć mnie i dziecko prawidłowo chwycić



pierś. Nawet stosowała pewne triki, żeby dziecko załapało o co chodzi (było oporne, słabo chwyciło brodawkę)”. (2028)

Na uwagę zasługuje fakt pomocy położnych w sytuacji, kiedy kobieta w kryzysowym momencie jako jedyne rozwiązanie widziała podanie mieszanki.

„W szpitalu, bo to też jest istotne, nie było czegoś takiego, że w nocy położna nie przyjdzie. Tam wystarczyło, że położne usłyszały, że dziecko płacze, to przychodziły pytały »O co chodzi?«. Kiedyś byłam strasznie zmęczona miałam pogryzioną brodawkę. On chciał jeść, ale zbyt płytko chwycił pierś. Mówię »Mam już dość. Nakarmię go butelką, bo też bym chciała chociaż godzinę pospać«, bo tak byłam wykończona pomijając, że byłam po cesarce. One mi powiedziały, żebym się uspokoiła, żeby się napiła herbaty z cukrem, żeby mi się humor poprawił, bo widocznie spadł mi cukier. Położne przystawiały. Położna tak mi kombinowała wkładając poduszki mi pod łokcie, żeby on dobrze chwycił. One miały czas, żeby kombinować. To było w środku nocy 2-3 godzina to było bardzo cenne. Ze szpitala wyszłam taka uspokojona. Nie czułam, że coś mi nie wychodzi, że coś jest nie tak. W domu też już wiedziałam, jak sobie z nim radzić”. (K27)

Czasem kobieta sama prosi o dokarmianie dziecka mieszanką. Bywa, że za tą prośbą kryje się lęk, niepewność. W takich sytuacjach często brakuje wsparcia emocjonalnego i przekazania elementarnej wiedzy, która być może pomogłaby podjąć inną decyzję. I choć należy szanować decyzję kobiety o rezygnacji z karmienia piersią, nie wywierać na niej presji, to jednak warto sprawdzić czy za tą decyzją nie stoją trudności, które można pokonać. Należy też wspomnieć, że przedstawienie kobiecie korzyści z karmienia dziecka swoim mlekiem jest jednym z obowiązków personelu. Poniższa historia opowiada o tym,



że personel medyczny nie pochylił się nad łękiem kobiety, nie uspokoił jej, że jest w stanie wykarmić swoje dziecko. Jak wynika z historii kobiet i osobistego doświadczenia autorek, problematyczna jest tendencja przekarmiania noworodków na oddziałach poporodowych. Jest to praktyka, która może być szkodliwa dla zdrowia, a także dla stabilizacji laktacji.

„Te same położne, które chętnie udzielały mi wsparcia laktacyjnego, pomagały dobierać pozycję, w ogóle były takie wspierające laktacyjnie, tak bym je określiła, to te same położne nigdy nie wyprowadziły kobiety, co leżała naprzeciwko mnie, z błędnego myślenia. Nigdy jej nie uspokoiły tylko jak ona powiedziała, że chce butlę, to jej od razu przynosiły. Nie powiedziały jej, że pani dziecko w pierwszych dobach ma bardzo mały żołądek i potrzebuje mało pokarmu, więc na pewno się tym najada. Ta kobieta jak dostawała taką jednorazową butelkę mleka modyfikowanego, to dla noworodka trzy-czterodniowego, to jest jakaś kosmiczna porcja i ona się stresowała, że ten maluch tej całej porcji oprócz piersi, którą też cały czas ssał, nie wypija. Żadna położna jej z błędu nie wyprowadziła. Ona próbowała tego trzy-czterodniowego noworodka tą kosmiczną porcją po prostu zapchać. Więc z jednej strony były w takie wspierające, a z drugiej, gdy pojawił się na sali jeden taki przypadek, że właśnie ta mama, widać było, już zaczynała mieć wątpliwości i potrzebowała takiego uspokojenia, wyprowadzenia z błędu, to tego nie otrzymała”. (K49)

Zdarzało się, że personel nie udzielał kobietom pomocy bez prośby pacjentki.

„Pielęgniarka udzieliła pomocy, ale na moją prośbę. Sam nikt nic nie mówił”. (A1092)



„Personel zupełnie nie interesował się mamą, dopóki nie zadzwoniło się dzwonkiem. Wykonywano swoje obowiązki na zupełnym minimum. Tzn. trzeba spionizować po CC, zabrać dziecko na szczepienie”. (A204)

Część kobiet wskazywało, że nie proponowano im pomocy, a same o nią nie poprosiły, ponieważ nie odczuwały takiej potrzeby. Warto pamiętać, że personel ma obowiązki związane z oceną umiejętności ssania i zapewnieniem warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, o których będziemy pisać w kolejnych podrozdziałach, dlatego nawet jeśli kobieta nie potrzebuje pomocy, to czynności związane z ww. obowiązkami powinny być wykonane.

„Personel nie pomagał, jeżeli się o to nie poprosiło. Ja nie prosiłam nie czułam takiej potrzeby, ponieważ to mój drugi poród i już wiedziałam co i jak”. (A338)

„Nikt nie zwracał na ten temat uwagi, ale nie było też wskazań, że coś jest nie tak, ja również nie czułam potrzeby proszenia o pomoc”. (A384)

Często matki kolejnego dziecka nie otrzymują wsparcia, co w przypadku niżej cytowanej kobiety, było znamienne. Jej pierwsza ciąża była obumarła i nikt nie zainteresował się tym, że opieka nad dzieckiem z drugiej ciąży, to było jej pierwsze doświadczenie w kwestii opieki nad noworodkiem i pierwsze karmienie piersią:

„Od początku, kiedy urodziłam dzieci, miałam każde możliwe doświadczenie, jakie mama mogła przejść. Od ciąży obumarłej, po trójkę dzieci. Przy pierwszym dziecku nic nie wiedziałam o karmieniu piersią, aczkolwiek wszędzie zakładano, że wiem,



ponieważ wszędzie było zapisane ciąża 2 poród 2. Natomiast nikt nie zapytał o dziecko, czy to dziecko w ogóle było w domu, więc byłam zostawiona sama sobie". (K25)

Przedstawiony przypadek jest szczególny. Warto jednak podkreślić, iż nawet matka, która urodziła i karmiła już wcześniej może mieć trudności z karmieniem kolejnego dziecka. Na karmienie piersią wpływa wiele czynników, więc założenie, że kobieta z doświadczeniem w karmieniu piersią nie potrzebuje wsparcia personelu medycznego jest błędne. Tak o karmieniu piersią drugiego dziecka mówiła kobieta, która nie dość, że jest doułą i posiada szeroką wiedzę, to jeszcze rodziła w domu. Miała więc idealne warunki do rozpoczęcia karmienia, a mimo tego nie uniknęła trudności.

„Drugi poród był porodem domowym. Miałam położną prywatną, która też wspierała to karmienie piersią. Był nieprzerwany kontakt skóra do skóry, który jest kluczowy. Tak samo jak przy pierwszym dziecku miałam problemy z poranionymi brodawkami i bólem, i z przystawianiem. Mimo wiedzy, to nagle wszystko zapomniałam po porodzie. Ta położna wysyłała mi filmiki. Potem przyszła też skorygować technikę karmienia, bo nagle okazuje się, że karmi się paręnaście miesięcy, ale i tak potem z noworodkiem jest inaczej. Zapomina się to wszystko. Znowu było trudno, ale też wiedziałam, że nie ma innej drogi, jeżeli chcę karmić piersią". (K33)



Każde dziecko jest inne i dla każdego kolejnego dziecka jest się mamą po raz pierwszy.



Część kobiet otrzymywała sprzeczne zalecenia w zależności od tego kto ich udzielał lub wsparcie im udzielone było nierzetelne, niewystarczające, niezgodne z aktualną wiedzą o karmieniu piersią i laktacji. Niektóre kobiety pisały również o braku jakiegokolwiek wsparcia w karmieniu piersią.

„Udzielali pomocy wszyscy po trochu i to strasznie wprowadza w błąd szczególnie pierworódki. Nie wiadomo komu wierzyć i słuchać. Jak nie ma się solidnego wcześniejszego przygotowania można czuć się bardzo zakłopotanym i samotnym w takim momencie”. (A266)

„Jedna z położnych była bardzo pomocna i pomagała mi przystawiać dziecko do piersi, ale niestety na kolejne zmiany nie mogłam liczyć i czekałam, aż znowu wróci i mi pomoże”. (A479)

“Poprosiłam położną o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi po raz pierwszy: »Ma pani tak duże piersi, że zadusi pani dziecko. Nie mam czasu pani pilnować«. I wyszła z sali”. (A1634)

„Było to moje drugie dziecko, więc nikt na sali poporodowej ani na sali ogólnej nie pomógł mi przystawiać dziecka. Nikt nie oceniał, czy robię to dobrze. Wręcz przeciwnie starszy personel pielęgniarski poddawał w wątpliwość, czy mam pokarm, a same nie spojrzały, czy wypływa z piersi”. (A931)

„Sama chodziłam do dyżurki, żeby zapytać czy dobrze przystawiam syna, czy mam mleko i czy wszystko dobrze robię. Byłam bardzo źle



odbierana przez to. Że chcę, aby mnie położne wyręczały, a drugi komentarz był taki, że nie potrafię się nim zająć”. (A1601)

„Pielęgniarki od dzidziusiów pomagały przystawiać dziecko do piersi, ale pomoc była zależna od zmiany. Młodszy personel robił to z wyczuciem i delikatnie, natomiast starsze pielęgniarki robiły to wręcz »przemocowo«, byłam jeszcze bardziej zestresowana”. (A579)

„Gdy poprosiłam o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi położna stwierdziła, że na pewno ssie dobrze, sprawiała wrażenie, że nie chce żebym jej zawracała głowę. Możliwe, że przez brak czasu albo zmęczenie”. (A78)

„Osoba, która przyniosła mi dziecko zapytała, czy wiem, jak przystawić dziecko do piersi. Powiedziałam, że znam teorię. Zobaczyła piersi, doradziła pozycję i pomogła przystawić dziecko. Pięknie załapało. Potem doglądała mnie kilka razy w nocy. Kolejna zmiana, pytała tylko, czy karmię piersią. Nikt nie pytał, czy daje radę, nie przyglądał się samemu aktowi” (A2494)

„Nie było pomocy ze strony personelu w żadnym zakresie ze względu na »pandemię«. (A147)

„Personel był skrajnie obciążony pracą. W dodatku na zmianach było dużo młodych niedoświadczonych położnych”. (A386)



„Moje dziecko po prostu spało, ciągle spało, nie jadło, bo zasypiało. I przez to traciło na wadze. Panicznie bałam się, że będziemy musiały zostać przez to w szpitalu, bo wiedziałam, że tak nikt nam nie pomoże. Nie uda się karmić piersią w ogóle. Widziałam na to szansę tylko w domu, gdzie mogłam zaprosić (za opłatą oczywiście) doradczynię laktacyjną CDL, która mi pomoże i będzie mogła poświęcić więcej czasu, oraz gdzie mam męża, który będzie mi pomagał. W szpitalu czułam się zdana tylko na siebie, plus każda położna mówiła mi co innego na temat moich trudności z karmieniem (za płaskie brodawki, za krótki języczek dziecka, dziecko zmęczone, bo głodne i dlatego śpi i nie ma siły ssać, trzeba dokarmić mlekiem modyfikowanym, nie sztuka dokarmić, trzeba próbować itd.). Prawdę mówiąc byłam bliska obłądu”. (A2425)

„Pani zapytała mnie, które to dziecko, położyła na piersi, skomentowała, że ssie i odeszła. Trwało to może z pół minuty, więcej jej nie widziałam”. (A2429)

„»Ma suchy język. Niech pani go nakarmi, bo jest głodny«, a cały poprzedni dzień i tego samego dnia był non stop przy piersi i cały czas ssał”. (A549)

„Moja mama przyniosła mi sok pomarańczowy jak byłam w szpitalu i dostałam burę za to, bo powinnam pić sok tylko jabłkowy, a po pomarańczowym dziecko będzie miało kolkę. Byłam totalnie skołowana i oddałam mojej mamie ten sok, chociaż bardzo chciałam go wypić”. (K42)



„Położne chodziły ze strzykawkami z glukoza i tak próbowały zachęcić dziecko do ssania piersi. Podawały glukozę, dopóki dziecko nie złapało piersi. Wg nich to wystarczyło, bo widziały, że łapało pierś i odchodziły, a dziecko po minucie albo zasypiało, albo puszczało pierś i nie chciało dalej ssać”. (A2292)

„Udało mi się przystawić dziecko. Nie miałam pojęcia, czy robię to dobrze, ale dziecko jadło i nie płakało, więc uznałam, że tak. Leżałyśmy w sali niedostosowanej do naszych potrzeb. Nikt mi nie powiedział, że ja mogę karmić na leżąco. Byłam święcie przekonana na tamtym etapie mojego życia, że ja muszę usiąść i muszę trzymać dziecko na rękach. Łóżko miałam ustawione tak, że nie sięgałam stopami podłogi, nie miałam do niego pilota, więc nie mogłam go dostosować. Natomiast materac był tak wyklepany, że był poniżej takiej rurki, która stanowiła ramę tego łóżka. Ta rurka mi się wbijała pod kolanami, a ja nie miałam żadnego oparcia z tyłu. Nie miałam poduszki, ja nie miałam nic, więc siedziałam z tym cięciem i trzymałam się mięśniami brzucha, które mnie bolały i próbowałam karmić dziecko. Nikt mi nie powiedział, że ja mogę się położyć i karmić w pozycji biologicznej. Nikt. A przecież taka by była dla mnie wtedy najlepsza”. (K11)

Z kolei jedna z kobiet nie otrzymała pomocy od personelu medycznego, w tym od osoby dedykowanej do pomocy przy karmieniu piersią. Tak odpowiedziała na pytanie „Jak ta pomoc wyglądała i czy zaspokoila Twoje potrzeby?”:

„Zdecydowanie nie zaspokoila. Następnego dnia po porodzie usłyszałam, żeby dziecko nie wisało na piersi, »bo robi sobie



ze mnie smoczek«, a osoba »od laktacji« przyszła jedynie do kobiety po cięciu cesarskim. Usłyszałam od niej, że źle przystawiam, ale w żaden sposób nie pokazała mi jak mam to robić poprawnie”.

(A2277)

Kolejne kobiety napisały:

„Jak urodziłam drugie dziecko to już miałam to wszystko przetrawione i doświadczone. W moim odczuciu z ostatnich w sumie nie tak dawnych porodów opieka jest strasznie nierówna, bo poza naprawdę ze świetnymi paniami położnymi, które miały ogromną wiedzę o laktacji, które były wspierające i niestety z reguły były to bardzo młode osoby, to zazwyczaj starsze panie położne lubiły serwować różne teksty. Słyszałam potem na sali poporodowej jak inne dziewczyny ze swoimi pierwszymi dziećmi słyszą różne rzeczy, które okazują się potem nieprawdą. To bardzo było dla mnie dołujące. Słowa, że: „To nie może być tak, że krótko tak dziecko jest przy piersi. Najpierw woda sama, potem dopiero schabowe”, „Z tych brodawek to nic nie będzie, będziesz musiała dokarmiać”, „Kiepskie brodawki, no pracuj laktatorem, może się wyciągnie, ale jak nie, to będziesz dokarmiać” albo „Oj, no po cięciu no to ty karmić to nie będziesz, ale to spróbuj laktatorem”. Myślę, że jest duże pole do poprawy. To są słowa położnych w szpitalu. To nie była ciocia Wiesia, ale osoba, która się niby zawodowo tym zajmuje. Jako że sama też to słyszałam jak byłam w dużym kryzysie i to nie okazało się pomocne, to teraz choć było mi też głupio wtrącać się, ale gadałam. Wtrącałam się właśnie, więc może to pomogło. Nie wiem w sumie skąd się to bierze, to pewnie stara



szkoła. Może kiedyś tak było, ale byłoby fajnie, gdyby starszy personel sobie zaktualizował wiedzę”. (K42)

„Częściowo uzyskałam pomoc. Poza jedną położną reszta była dość wspierająca psychicznie, jednak nie otrzymałam niezbędnych informacji, a przede wszystkim w szpitalu błędnie oceniono, że dziecko ssi prawidłowo. Dopiero położna środowiskowa zauważyła nieprawidłowy odruch ssania i nauczyła mnie ćwiczeń i masażu buzi dziecka. Od tej jednej położnej w szpitalu usłyszałam, zaś, że widać, że mam dużo mleka, więc jakim cudem moje dziecko krzyczy z głodu, że powinnam sobie radzić, a z wciągniętą jedną brodawką »coś zrobić«. Nie była pomocna, wyrażała się o moich próbach przystawiania lekceważąco, poproszona o pomoc sama nie potrafiła tego zrobić i kazała radzić mi sobie samej strasząc hipoglikemią dziecka, że je głodzę i dlaczego nie umiem korzystać z mieszanki (korzystałam po nieudanych próbach dostawienia podczas jej dyżuru). Stwierdziłam, że skupię się na tym, żeby maksymalnie uzyskać od niej potencjalnie ważne informacje, a nie na tym, żeby korygować jej zachowanie, bo widziałam, że ona była też tak nabuzowana, że stwierdziłam, że nawet jak ja bym powiedzmy powiedziała, że »Ale proszę do mnie się tak nie zwracać«, albo »Proszę zmienić ton«, to sądzę, że tylko doszłoby do eskalacji konfliktu, więc stwierdziłam, że zrezygnuję. Uznałam, że będę się starała uzyskać maksymalną ilość pomocy na jaką mogę liczyć”. (K28)



Praca położnej bywa trudna, wyczerpująca. Wiąże się to z wysokim ryzykiem wypalenia zawodowego. Należy jednak szukać rozwiązań systemowych tego problemu, bo rodzące kobiety nie powinny ponosić tego konsekwencji, tak jak kobiety w przytoczonych cytatach.

"Totalny brak opieki laktacyjnej. Może to też moja wina, że nikt mi nie pomógł, bo nie pytałam. Uznali, że nie pyta, to znaczy, że nie potrzebuje pomocy. Zresztą do mnie personel rzadko zaglądał, bo rodziłam w szpitalu covidowym i żeby do mnie wejść to trzeba się było strasznie dezynfekować, strasznie ubrać, a to też jest i czasochłonne i zabierało dużo materiałów, bo te stroje są jednorazowe, więc nie na każde moje wezwanie przychodził personel. Nikt się nie interesował. Może dlatego też, że dziecko ważyło w sumie w porządku. Nie spadła jakoś bardzo z wagi, więc właściwie nikogo nie interesowało to, czy ja ją karmię, jak ja ją karmię, więc moje poranione brodawki też nikogo nie interesowały. Akurat raczej się nie trafiła taka pomocna kadra. W sumie jedna pani mi tylko powiedziała, że jak chcę to mogę sobie poszukać filmiku na Youtube, jak prawidłowo przystawić dziecko. Z poranionymi brodawkami po prostu czekałam, aż strupy się pojawią no i czas mi pomógł, siara rozsmarowywana i wietrzenie, ale to też Internet mi powiedział, że tak trzeba zrobić. Na Facebooku jest silna społeczność matek karmiących. Szukałam wtedy i znalazłam grupę. O poranionych brodawkach myślałam, że to jest normalne, że się brodawki muszą przyzwyczać, bo nigdy nie karmiły, więc może tak ma być. Już po pierwszym karmieniu miałam poranione brodawki, niestety, jak się nie wie co i jak, w ogóle jak zacząć, jak ułożyć, jak przystawić, gdy dziecko też nie chwyta za dobrze, też się musi nauczyć, musimy się siebie nauczyć nawzajem... więc nikt mi nie powiedział, co ja co mam zrobić.



Nie złapała dobrze, poraniła, ale chyba coś zjadła. Potem była tylko prośba, żeby karmić w maseczce, żeby się dziecko nie zaraziło i odkładać jak najczęściej, ale w drugiej dobie mi powiedzieli, że dziecko ma Covid, więc uznałam, że już mu w ten sposób nie pomogę i nie stosowałam tych zaleceń. Wiem, że oddaję przeciwciała dziecku przy karmieniu. Generalnie, dlatego chciałam karmić piersią, może bardziej właśnie dla zdrowia. Po ciąży opieka laktacyjna nie istnieje, jeśli ktoś jej nie szuka". (K36)

Zdarzało się, że zamiast zaoferować pomoc zgodną z punktami S000 od razu proponowano mieszankę:

"Pielęgniarki gadały głupoty, próbowały pomóc, ale ich wiedza nie była zgodna z obecnymi wytycznymi. Ja byłam i tak w komfortowej sytuacji. Pierwsze dziecko karmiłam długo i umiałam sobie poradzić przy karmieniu drugiego bez ich pomocy, która w większości i tak wyglądała tak: »Oo płacze, pewnie ma pani mało mleka, może zabiorę ją na 'łyeczka'« (chodziło o podanie mleka modyfikowanego)". (A53)

„Łatwiej ich zdaniem było podać mieszankę". (A153)

"Pamiętam, że była taka propozycja od razu ze strony położnej, jak powiedziałam jej, że trochę taki jest płaczliwy całą noc i ja go tak nie potrafię za bardzo przystawić. Ona wtedy mi powiedziała »To co? Przynieść mleko?«. Na co ja mówię »Nie, poproszę żeby mi pani po prostu przystawiła dobrze dziecko«. Wtedy sobie



pomyślałam, że jakby to było moje pierwsze dziecko, to pewnie ja bym powiedziała »Dobrze, to proszę przynieść to mleko«, ale że to było moje drugie dziecko, to powiedziałam »Nie. Proszę mi go po prostu przystawić, tak? Żeby dobrze chwycić«, bo wiedziałam, że jest to możliwe”. (K25)

Jedna z kobiet porównała szkodliwą ingerencję położnych podczas porodu trzeciego dziecka drogą cięcia cesarskiego (w prywatnej klinice), z czwartym porodem w szpitalu na NFZ.

„Miałam doświadczenie w karmieniu piersią i sporą wiedzę na ten temat. Uważam, że propozycje położnych w sytuacji, gdybym tego doświadczenia z dwójką poprzednich dzieci i wiedzy nie miała, skutkowałyby przejściem na mieszankę. Położna, którą zaniepokoił płacz dziecka stwierdziła, że płacze z głodu, bo ja nie mam mleka. Pokarm miałam od początku, a było to też widoczne, bo wypływał samoczynnie i miałam mokrą koszulkę. W sali ze mną była druga kobieta, która urodziła dokładnie tego samego dnia co ja, i dziewczynie wmówiono, że ona musi dokarmiać, ewentualnie, że musi karmić przez kapturki, bo ma duże piersi, bo dziecko nie może chwycić i tak dalej. Natomiast powiedziałam jej »Przecież widzę nawet z tego łóżka, że twoja koszulka jest mokra, więc mleko to chyba jednak masz i masz ten pokarm. Może warto jednak spróbować przystawić jeszcze raz«. Dziewczyna zrezygnowała z dokarmiania, ale prawdopodobnie, gdybym jej nie podpowiedziała, to by dokarmiała. Tak samo by było u mnie. Bez doświadczenia uwierzyłabym w to, że nie mam pokarmu. Kilka koleżanek, które rodziły w tej samej klinice, wychodziły dokarmiając mieszanką. Część personelu jest niewykształcona odpowiednio, przekazuje



niewłaściwą wiedzę. Prawdopodobnie są nauczone frazesu, że w 1-2 dobie po cięciu cesarskim mleka nie ma i powtarzają jak mantrę »Dlatego się dziecko denerwuje i proszę dokarmić«. Są tam też położne, które widać, że jednak tę wiedzę mają i starają się motywować odpowiednio, natomiast w zetknięciu z tym personelem starszym, choć niekoniecznie starszym, ale hołdującym tym starszym zasadom, to jest ściana. Oni wychodzą wtedy z pozycji wiedzy, z pozycji doświadczenia, że człowiek się staje taki malutki, tym bardziej, że to jest taka niepewność przy urodzeniu dziecka. Czy na pewno się nie robi mu krzywdy, czy na pewno nie potrzebuje się więcej mleka, czy na pewno się ma to wartościowe mleko? Z kolei przy porodzie 4 dziecka nikt nie mówił, że nie mam mleka. Wprost przeciwnie sprawdzano pod kątem takim, że ładnie się dziecko przystawia, ładnie ssie. Nikt nie ingerował. Był fizjologiczny spadek wagi. Uspakajano, to znaczy nie trzeba mnie było uspokajać, bo ja to już wiem, natomiast pod kątem jakbym była pierworódką, to faktycznie położna wytłumaczyła, że ten spadek jest całkiem fizjologiczny, więc tutaj nie ma się czym przejmować. Nie było żadnego straszenia. Nie było mówienia, że trzeba dokarmiać". (K47)

W przypadku kolejnej kobiety ingerencja personelu okazała się szkodliwa, a przeżycie traumatyczne.

„W zależności od zmiany pomoc była od traumatycznej do dość dobrej. Niestety ta traumatyczna zostanie do końca życia, o tym wiem na pewno. Zgłaszałam, że nie wiem czy mam mleko, żeby ktoś mi pomógł. Może po godzinie przyszła pani, która wzięła



śpiąca córkę i przycisnęła naprawdę mocno do mojej piersi. Tego płaczu nie zapomnę do końca życia. Dziecko od paru godzin na świecie zostało obudzone w tak brutalny sposób. Moja córka wtedy pierwszy i ostatni raz w swoim życiu tak płakała. Ona nie płakała, ona krzyczała. Kobieta ta wybiegła z sali wróciła z ampułką (glukoza) i podała córce bez mojej zgody. Ta od razu ucichła. Byłam w takim szoku, że nie mogłam się ocknąć. Po czym powiedziała do mnie, że dziecko płacze, bo jest głodne i trzeba podać mleko modyfikowane. Ja oszołomiona powiedziałam, że chcę by była tylko pierś, a pani zaczęła niemiłym głosem mówić, że na jej zmianie nie będę głodzić dziecka, bo ona za to nie odpowie i mam na piśmie napisać, że nie wyrażam zgody na mleko modyfikowane, bo ona nie chce mieć problemów. Tak, to wydarzyło się naprawdę. Do dziś mam łzy w oczach, gdy o tym piszę, a żołądek się zaciska. Trauma to zbyt małe słowo. Jak myślicie, co zrobiła matka, która totalnie oszołomiona porodem pierwszego dziecka, przerażona tym co się przed chwilą wydarzyło, zbita z tropu, jak jakiś ranny zwierzę? Oczywiście ze łzami w oczach i ogromnymi wyrzutami sumienia powiedziała, żeby podać mleko modyfikowane, bo przecież nie zagłodzę swojego dziecka. Do dziś tak bardzo żałuję. To, że od wyjścia ze szpitala karmiłam wyłącznie piersią i potem przez 21 miesięcy, jest wyłącznie moją zasługą. Trauma na zawsze”.

(A2248)

Czasem nawet wydawałoby się niewielka pomoc czyni ogromną różnicę:

„Było strasznie gorąco. To było w lipcu. Jej było gorąco, mi było gorąco i ja na koniec dnia już miałam po prostu dość. Zaczęła



płakać. Już była z jednej strony głodna, chciała być przy tej piersi, ale z drugiej strony była tak upocona, ja zresztą tak samo, bo jeszcze też siedziałyśmy przy oknie i co chwilę co ktoś wchodził to mówił, żeby otworzyć okno, ale żeby przykryć dziecko, żeby broń boże jej nie zawiąło. No więc ja siedziałam w oknie z przykrytym dzieckiem tak, że ona była cała mokra, ja zresztą tak samo. Ona miała dość, nic dziwnego. Później właśnie przyszła jedna położna już zaalarmowana tym płaczem. Wtedy ona nam pokazała, jak się karmić na boku. To zrobiło nam bardzo dużo roboty, bo bardzo dużo się karmiłyśmy później wyłącznie na boku z racji tego, że było supergorąco. Po prostu mała nie chciała, żebym ja ją trzymała, bo ja ją wtedy grzałam. Nawet na rogalu właściwie było jej za ciepło. Naprawdę ta opieka była bardzo, bardzo, bardzo wspierająca". (K5)



Problem!

Co trzecia kobieta (30,3% ankietowanych spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) nie otrzymuje żadnej pomocy w karmieniu piersią lub mlekiem odciętym z piersi.

Jeśli kobiety otrzymują pomoc to często jest ona niespójna, niezgodna z aktualną wiedzą o karmieniu piersią i laktacji, a zalecenia poszczególnych osób z personelu różnią się od siebie diametralnie. Bywa, że ingerencja personelu w karmienie piersią jest szkodliwa, przemocowa.

Ankietowane często podkreślały, iż na oddziale, na którym znajdowały się z dzieckiem po porodzie, zatrudniona była osoba specjalizująca się w temacie laktacji: doradczyni laktacyjna, edukatorka ds. laktacji czy położna laktacyjna. Obecność takiej osoby jest bardzo



ważna, nie tylko z perspektywy kobiet, które mogą wymagać pomocy w karmieniu piersią czy swoim mlekiem, ale także reszty personelu danego oddziału, ponieważ specjalistki laktacyjne mogą odciążać położne i pielęgniarki, zajmując się w szczególności trudniejszymi przypadkami. Warto w tym miejscu nawiązać do zasad obowiązujących w kształceniu w zakresie wiedzy o laktacji. Od ponad 20 lat dla polskich dydaktyków i studentów dostępny jest „Przewodnik nauczania o karmieniu piersią. Wskazówki metodyczne dla wydziałów medycyny, pielęgniarstwa i żywienia”, czyli polskie tłumaczenie opracowania „Lactation Management Curriculum Guide. A faculty guide for schools of medicine, nursing and nutrition”, który został stworzony przez międzynarodową instytucję Wellstart International. Publikacja ta określa poziomy kształcenia w zakresie laktacji, a także zakres wiedzy dla poszczególnych poziomów. Poziom I – podstawowy określa zakres wiedzy dla wszystkich pracowników medycznych, nawet tych, którzy nie stykają się w swojej pracy na co dzień z kobietami karmiącymi. Autorzy zakładają, iż nawet tacy medycy powinni mieć podstawy wiedzy o laktacji i wiedzieć, jakie są korzyści z karmienia dla matki i dziecka. Poziom II – ogólny jest skierowany do takich pracowników medycznych, którzy „zamierzają specjalizować się w aspektach opieki perinatalnej i zazwyczaj mają do czynienia z matką karmiącą i jej dzieckiem”¹⁴⁷. Przeszkolone osoby powinny mieć wiedzę pozwalającą im na udzielenie wskazówek dotyczących przystawienia dziecka do piersi, przekazanie podstawowej wiedzy z zakresu laktacji oraz rozwiązanie podstawowych problemów laktacyjnych. Problemy laktacyjne wymagające pogłębionej wiedzy powinny być delegowane do pracowników medycznych, którzy ukończyli III poziom kształcenia w zakresie laktacji. Jest to poziom dla osób planujących zajmować się kobietami w okresie laktacji. „Obejmuje interdyscyplinarną wiedzę i umiejętności praktyczne pozwalające na udzielenie specjalistycznej porady laktacyjnej pozwalającej na rozwiązanie wszystkich, nawet najtrudniejszych, problemów laktacyjnych i zastosowanie postępowania klinicznego zgodnie z aktualnymi protokołami”¹⁴⁸. Z przytoczonej publikacji wynika, iż w trudnych przypadkach należy kierować kobietę do odpowiednio przeszkolonej osoby. Niestety, owe zapisy nie są w pełni implementowane. Problemатyczny jest sam czas pracy osób specjalizujących się w laktacji. Kobiety, które urodziły wieczorem, w weekend lub dzień świąteczny nie mogą najczęściej liczyć na pomoc takiej osoby, ponieważ jeśli jest ona zatrudniona, pracuje w większości przypadków wyłącznie w dni powszednie, najczęściej w stałych godzinach. Poza tym, że kobiety, które urodziły poza czasem pracy specjalisty/ki od laktacji, zgodnie

¹⁴⁷ Nehring-Gugulska M., *Poziomy kształcenia w zakresie laktacji*, s. 1, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/pozksztal.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁴⁸ Tamże, s. 2



z zebranymi przez nas danymi często nie dostają pomocy, to jeszcze ilość czasu, którą taka osoba może poświęcić na pacjentkę jest znacznie ograniczona. Nie bez wpływu na cały personel szpitala pozostają problemy systemowe:

„W szpitalu na wiele rzeczy nie pozwolimy sobie. Nie tylko z braku edukacji z braku chęci, ale z braku personelu medycznego. W większości szpitali nawet jak jest Certyfikowany Doradca Laktacyjny to jest dostępny stosunkowo rzadko. W najlepszych sytuacjach jest od poniedziałku do piątku od godziny 7-8 tam do 15-16, czyli w godzinach etatu, a porody dzieją się cały czas, trudności laktacyjne mogą się pojawić w każdym momencie, więc jest to duże ograniczenie. Jeżeli mamy za mało personelu medycznego, dużo kobiet, które są na oddziale, to ciężko każdej poświęcić tyle czasu, ile ona by potrzebowała, a wiemy, że ta porada laktacyjna, to nie jest »5 minut i do widzenia, idę do następnej«. To jest czas, to jest bardzo duże wsparcie emocjonalne, wsparcie psychiczne. Ciężko jest dawać wsparcie emocjonalne, psychiczne, kiedy jest się 10 godzinę na dyżurze i ma się skrajnie dość i myśli się, żeby przetrwać, żeby nic złego się wydarzyło. To jest ogromny konflikt, na który tak naprawdę uczestnicy tego konfliktu nie do końca mają wpływ”. (P8)

Zdarza się, że na oddziałach poporodowych dostępne są osoby dedykowane do wsparcia w karmieniu piersią. Mogą to być osoby posiadające poszerzoną wiedzę poświadczoną certyfikatami, jak Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna, Międzynarodowa Konsultantka Laktacyjna IBCLC czy edukatorka ds. laktacji.

„Pierwszy raz w pomocy przy dostawieniu pomagała położna - nie zapytała o zgodę na dotknięcie piersi. Traktowała mnie przy tym



przedmiotowo, czułam się lekceważona. Drugi raz pomagała mi Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna. Zupełnie inne doświadczenie. Pełne poszanowanie i cudowne nastawienie”.
(A397)

„Pytałam wielu położnych, każda chciała mi pomóc, choć rady czasem się różniły. Najlepsze wsparcie dostałam od CDL tuż przed wypisem ze szpitala”. (A1407)

„Dokarmałam mieszanką tylko w szpitalu. CDL powiedziała, żebym w domu tego nie robiła. Jestem jej za to bardzo wdzięczna, bo teraz uważam, że inne położne zbyt pochopnie zaproponowały mi mieszankę”. (A1407)

„Tylko doradczyni laktacyjna nie będąca położną w tym szpitalu dawała cenne wskazówki. Zdania położnych się wzajemnie wykluczały i wprowadzały w błąd, przez co syn był dokarmiany mieszanką, a tego chciałam uniknąć”. (A1822)

Nie zawsze kobiety miały zapewniony dostęp do osoby specjalizującej się w pomocy laktacyjnej. Czasem ten dostęp był, ale mocno ograniczony w czasie przez co pomoc nie była dla kobiet w pełni efektywna. Obecność doradczyni laktacyjnej na oddziale bywa nieoceniona, jednak często niewystarczająca. Powodem może być to, że doradczynie nie pracują w zmianowym systemie pracy, więc są nieobecne w dni wolne od pracy, a także wieczorami i w nocy. Oddziały poporodowe są często przepełnione, a taka specjalistka najczęściej jest jedna.



„Na pytanie »Czy w szpitalu jest położna laktacyjna?« otrzymałam odpowiedź, że każda położna służy radą i ma odpowiednią wiedzę. Każda położna przez ponad 2 tygodnie pobytu mówiła coś innego – od słów, że mogę karmić i nie muszę dokarmiać w ogóle, do słów, że po przetoczeniu krwi nie będę karmić w ogóle”. (A2369)

„Urodziłam w piątek, więc doradcy laktacyjnego nie było przez weekend. Pani przysłała w poniedziałek, ale ja już byłam tak zrezygnowana, że już chciałam wyjść ze szpitala i szukać na własną rękę. Może też pani laktacyjna by pomogła. Jeżeli chodzi o karmienie, to mam wrażenie, że położne takie normalne na oddziale, tak jakby chyba uważały, że od pomocy przy karmieniu jest doradca laktacyjny. Że one mogą w tym nie pomagać, bo przecież jest pani, która się tym zajmuje. Tylko, że pani, która się tym zajmuje jest od poniedziałku do piątku w określonych godzinach. A dzieci się nie rodzą w określonych godzinach od poniedziałku do piątku. Tak, wydaje mi się, że dały sobie przyzwolenie, żeby nie ingerować w to”. (K16)

„Ja akurat miałam tak, że w szpitalu nie miałam dostępu do doradczynie, bo urodziłam we wtorek przed długim weekendem. Jak potrzebowałam, to był już długi weekend i nie było niestety doradcy laktacyjnego w szpitalu. Podobno jest. Natomiast prywatnie nie ma problemu, tylko no trzeba mieć na to pieniądze, a nie każdy ma na to możliwość wydania. Jak sprawdzałam w tym roku, to po roku 100 zł do góry poszła cena”. (K3)



„W szpitalu pracuje doradca laktacyjny od poniedziałku do piątku od 8 powiedzmy do 15-16. Z racji tego, że urodziłam w piątek po południu, to niestety przez cały weekend musiałam czekać do poniedziałku rana na tą konsultację. W końcu się udało i mogłam się skonsultować”. (K6)

„Córka się urodziła w weekend, także nie miałam dostępu wcześniej do doradczynie laktacyjnej. Ona pracuje od poniedziałku do piątku od 7 do 14”. (K4)

“Musiałam wielokrotnie przypominać doradcy o tym, że czekam na nią. Nie przechodziła o umówionej godzinie. Ja lub mąż musieliśmy jej szukać na oddziale. Twierdziła, że moje dziecko to trudny przypadek”. (A232)

„Pomoc przy przystawieniu córki była w zależności od położnej - raz lepiej raz gorzej. Miałam dwie wizyty doradcy laktacyjnego, jedna krótka bez udzielenia pomocy, druga dłuższa, pomoc przy przystawieniu i dobraniu pozycji. Spotkania były krótkie i w atmosferze pośpiechu”. (K45)

„Większość położnych miała naprawdę dobre chęci, ale niestety rzadko kiedy aktualną wiedzę. Dostawałam sprzeczne porady. Gdyby nie moja wiedza, którą zdobyłam przed pobytem w szpitalu oraz obsesyjne sprawdzanie wszystkiego online w szpitalu, możliwe, że nie udałoby mi się uratować laktacji. Nie było w tym czasie w szpitalu CDL. Na moje pytania o dostępność CDL położne



reagowały lekkim fochem (jakbym tym pytaniem podważała ich kompetencje)". (A696)

Wydaje się, że z jednej strony obecność doradczynie laktacyjnej jest bardzo pomocna, a z drugiej strony rodzi niejasności w podziale kompetencji i odpowiedzialności za pomoc w karmieniu piersią.

„Miałam wrażenie, że tam położne nie czują się bardzo mocno kompetentne w kwestii laktacji. Jak zadawałam pytania, to mówią »Aha to tu jest taka położna laktacyjna, to my zgłosimy, żeby ona do pani przyszła«, więc miałam wrażenie, że nie czują się na tyle pewnie, żeby doradzić. Może brakuje im wiedzy w tym zakresie, albo może taki jest podział zadań, że one mają się opiekować pacjentką i dzieckiem, a zadania dotyczące laktacji są przypisane innej osobie i one nie chcą wchodzić w kompetencje - być może. Nie wiem, trudno mi powiedzieć". (K7)

„Jest taki zjazd doradców, na jesień teraz był w Warszawie. Spotykamy się i rozmawiamy między sobą. I w szpitalach to najczęściej ten doradca na oddziale jest jeden. Ciężko, żeby wtedy ktoś przez całą dobę tą opieką się zajmował, ale są pojedyncze szpitale, w których doradców jest zatrudnionych więcej, na przykład pracują od poniedziałku do soboty, co i tak jest w ogóle super luksusem, bo nawet jak pacjentka urodzi w piątek wieczorem to w sobotę się z kimś spotka. Nawet jak w niedzielę wyjdzie, to w tę sobotę to spotkanie jest. Najgorzej mają te pacjentki, które rodzą w piątek, powiedzmy o godzinie 15:30 i w niedzielę są wypisywane do domu w 2 dobie, ale tych pacjentek nie jest dużo



patrząc na ilość porodów miesięcznie. Jak przychodzę na oddział w poniedziałek czy jestem w piątek, to przechodzę przez calusieńki oddział i nigdy nie jest tak, że idę tylko na tą salę, która mnie potrzebuje tylko zaglądam na każdą salę, na której są pacjentki. Więc tych weekendowych pacjentek nie ma dużo, ale może się zdarzyć taka, która rodzi w weekend albo wtedy, kiedy ja mam urlop. Nikt mnie wtedy nie zastępuje". (P10)

Czasem zalecenia doradczyni są kwestionowane:

„Uważam, że wszystkie pielęgniarki w szpitalu pracujące z matką z noworodkami powinny aktualizować swoją wiedzę z laktacji i karmienia piersią. Niestety, tak nie jest. Często słyszałam, jak się wyśmiewają z doradcy laktacyjnego, że co ona może wiedzieć, a wiedziała bardzo dużo i bardzo pomagała". (A373)



Problem!

Dostępność doradczyni laktacyjnej na oddziale lub innej osoby dedykowanej wsparciu w karmieniu piersią jest często ograniczona czasowo do jednego etatu, najczęściej jest zatrudniona jedna osoba, która nie pracuje w trybie zmianowym. Zdarza się, iż fakt zatrudniania takiej osoby wpływa na postawę pozostałego personelu, który nie czuje się odpowiedzialny za pomoc przy karmieniu piersią i jej nie udziela. Bywa także, iż jej kompetencje są podważane przez pozostały personel.



3.2.7. OCENA UMIEJĘTNOŚCI SSANIA I EFEKTYWNOŚCI POBIERANIA POKARMU

Pozyskiwanie mleka z piersi przez noworodka jest podstawową umiejętnością, którą dziecko winno opanować. Wykształciła się ona u ssaków w toku ewolucji, od niej zależało przeżycie ssaczego dziecka. Prawidłowe ssanie jest bardzo istotne, gdyż dzięki niemu dziecko stymuluje piersi matki do produkcji pokarmu. Personel medyczny jest zobowiązany do oceny umiejętności ssania.

„5) u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym należy wykonać:

[...]

c) ocenę umiejętności ssania”

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust.2)

W kolejnym podpunkcie S000 wskazano na obserwację i ocenę efektywności pobierania pokarmu. Takie wyniki powinny być odnotowywane w dokumentacji medycznej.

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

4) dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia

(w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; [...]”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)



W 2014 roku został opublikowany „Protokół oceny umiejętności ssania piersi”, który wskazuje na szereg obserwacji, jakie powinny być dokonane u noworodka donoszonego w celu tej oceny. Są to¹⁴⁹:

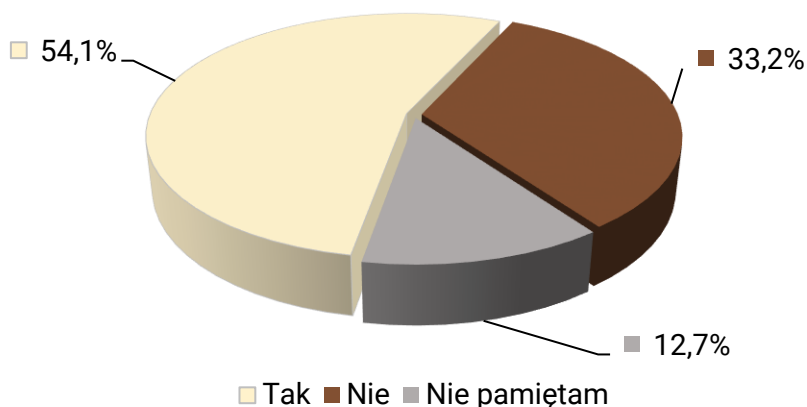
- ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych,
- ocena chwytania i ssania piersi,
- ocena efektywności pobierania pokarmu,
- ocena umiejętności ssania piersi – jako informacja dla rodziców.

„Protokół oceny umiejętności ssania piersi” nie jest jednak dokumentem wiążącym, gdyż nie stanowi prawa powszechnie obowiązującego, jak np. S000. Niestety w S000 ocena umiejętności ssania nie została zdefiniowana. Brak jest odniesień co do oceny budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych noworodka. Według ww. protokołu ocena ta powinna odbyć się już w ciągu pierwszych 12 godzin życia noworodka. Takie badanie jest niezwykle ważne, ponieważ pozwala zdiagnozować problemy utrudniające lub nawet uniemożliwiające prawidłowy pobór pokarmu z piersi. Rozpoznając trudność po stronie dziecka, można pomóc jego matce w karmieniu piersią lub jej mlekiem dostosowanym do możliwości noworodka (odpowiedni dobór pozycji, techniki karmienia czy metod podawania pokarmu matki). Kolejne elementy wg protokołu, czyli ocena chwytania i ssania oraz ocena efektywności pobierania pokarmu powinny być oceniane od drugiej doby życia noworodka, przy czym wspomniana ocena efektywności optymalnie po rozpoczęciu się nawału mlecznego. Badanie więc nie jest jednorazowe i obejmuje również obserwację i ocenę samego aktu karmienia, które w S000 są wymienione. Warto zwrócić uwagę, że w „Protokole oceny umiejętności ssania piersi” zadbano również o to, aby rodzice otrzymali informację zwrotną w formie pisemnej, w której zawarte są informacje, ile punktów dziecko otrzymało podczas oceny budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych, chwytania i ssania piersi oraz efektywności pobierania pokarmu. Taki przekaz punktowy ze wskazaniem konieczności dalszej konsultacji w przypadku niezyskania optymalnej liczby punktów, wydaje się jasny podobnie jak skala Apgar, szeroko rodzicom znana.

¹⁴⁹ Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B., *Protokół oceny umiejętności ssania piersi*, 2014, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/10/PROTOKOL-OCENY-UMIEJETNOSCI-SSANIA-PIERSI.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



Zadałyśmy pytanie kobietom, czy wg ich wiedzy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka. Wskazały one, że umiejętność ta została oceniona u 54,1% dzieci respondentek. U 33,2% dzieci ta ocena nie została dokonana, zaś 12,7% kobiet nie pamiętała tego faktu (Ryc. 3.12.).



Ryc. 3.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka?” (%; N=2476)

Zdarzało się, że podczas udzielania odpowiedzi na pytanie o otrzymaną pomoc w karmieniu piersią od personelu medycznego, kobiety wymieniały wprost ocenę umiejętności i efektywności ssania.

„Pomoc była wystarczająca. Ocena ssania, sposób przystawiania, chwyt brodawki przez dziecko, ocena wędzidełka”. (A1168)

„Szpitalna doradczyni CDL pomagała przy przystawieniu, kilkukrotnie podczas pobytu w szpitalu. Sprawdzała przystawianie, badała buzię synka, odruch ssania”. (A1726)



„CDL pomogła mi znaleźć odpowiednią pozycje do karmienia. Oceniała wędzidełko dziecka i jakość ssania. Bardzo mi pomogła w czasie pobytu na oddziale”. (A1901)

„Kontrola przystawienia i ssania piersi, sprawdzenie buzi dziecka”. (A1909)

„Jedna z położnych sprawdzała odruch ssania, pokazała, jak podać brodawkę, pocieszała, uspokajała”. (A1738)

„Położna sprawdzała, czy noworodek efektywnie ssie pierś, pokazywała, jak ma trzymać brodawkę, jaką pozycję mam przyjmować do karmienia i w jaki sposób efektywnie karmić”. (A498)

Rzetelna diagnoza, przedstawiona w sposób uwzględniający kompetencje pacjentki, jako matki jest kluczowa w rozwiązywaniu problemów. Warto ponownie podkreślić, iż kobiety potrzebują poczucia sprawczości, a podmiotowe traktowanie wzmacnia i dodaje wiary w to, że problemy, które występują mogą zostać rozwiązane z pomocą pacjentki i kompetentnego personelu. Dodatkowo, istotne jest zwrócenie uwagi, iż to nie w budowie piersi, kompetencjach matki czy produkcji pokarmu tkwi źródło trudności, ale w budowie jamy ustnej dziecka, jego napięciu mięśniowym itd. To może zdjąć z pacjentki poczucie winy i odpowiedzialności za trudności w karmieniu. Niestety w ankietach kobiety wskazywały również na brak oceny umiejętności i efektywności ssania lub na to, że nie była ona wystarczająca lub wręcz była błędna:

„Pomoc była krótkotrwała i niewystarczająca. Nie rozpoznano skróconego wędzidełka ani ssawki”. (A1187)



„Pomimo trudności nikt nie zdiagnozował, że dziecko ma problemy ze ssaniem. Miało przesunięty atlas względem zęba obrotnika tzw. syndrom Kiss i to uniemożliwiło ssanie. Nikt mi o tym nie powiedział”. (A1105)

„Pomoc nie zaspokoła moich potrzeb. Pani miała do obsłużenia cały oddział potrzebujących kobiet i tylko po kilka minut na pacjentkę. Ssanie i dostawianie dziecka oceniono na poprawne, a miałam poważne problemy później z karmieniem właśnie ze względu na fakt, że funkcja ssania u dziecka i stymulacja piersi była niepoprawna”. (A1316)

„Mało czasu na pacjentkę. W moim przypadku błędna ocena ssania i wędzidełka”. (A1475)

„Ocena ssania pobieżna”. (A1666)

„Prosiłam o sprawdzenie wędzidełka dwukrotnie i nikt tego nie zrobił, zbywając mnie słowami, że nie widzi problemu (podkreślam: stwierdzenie padło bez badania) po powrocie do domu umówiłam wizytę prywatną u neurologopedy, który stwierdził konieczność podcięcia oraz masaży”. (A1910)

„Miałam wątpliwości, co do poprawnego ssania przez dziecko. Neonatolog, położne, CDL oceniali wędzidełko jako prawidłowe. Mimo to odczuwałam ból przy karmieniu. Dziecku robiła się ssawka, mleko wyciekało kątami ust. Dopiero po 5 tygodniach



sama natrafiłam na informacje, żeby skonsultować wędzidełko z neurologopedą. Nawet mimo prawidłowych przyrostów. Po podcięciu komfort karmienia polepszył się. Pewnie gdybym nie natrafiła sama na te informacje to zrezygnowałabym z karmienia”.
(A1853)

„Od neonatologów usłyszałam, że może nie mam mleka. Żaden nie ocenił ssania i budowy buzi dziecka. Zerknęli przez ułamek sekundy mówiąc, że wszystko jest ok (nie było, wędzidełko typ 3/4 całkowicie uniemożliwiające efektywne pobieranie pokarmu)”.
(A102)

„Dwie położne rozmawiały między sobą, ale nade mną. Jedna mówi »Patrz, leci mleko«, a druga, że »A płaskie brodawki, nie będzie karmić, przyniosę mleko modyfikowane, żeby dziecko się najadło«. Powiedziałam, że »Mam mleko i z tego co wiem to każde brodawki są stworzone do karmienia, więc to nie jest chyba problem«. Odpowiedziała »Tak, oczywiście«. Moje zgłoszenie, że dziecko pociągnie parę razy i zasypia było kwitowane tym, że to jest normalne, że dzieci śpią. Ewentualnie położna łapała dziecko, szarpała pierś, bardzo siłowo przystawiała »Proszę zobaczyć, o co pani chodzi, pani dziecko je«, potem i tak dziecko albo odpadało z płaczem albo zasypiało. Przez cały pobyt w tym szpitalu była jedna położna, która naprawdę się interesowała laktacją. Przyszła wyedukować mnie, że teraz jest pierwsza faza laktacji, że jest siara, że mleko się zacznie zmieniać, że przyjdzie nawał, tłumaczyła to po kolei. Natomiast to była jedna osoba przez całe trzy dni”. (K51)



W ostatniej historii pomimo pomocy jednej z położnych dziecko nie ssało efektywnie i jak się później okazało miało problemy w obrębie jamy ustnej. Pomimo tego, wypisano matkę i dziecko ze szpitala, a kłopoty ze ssaniem sprawiły, że w 5 dobie życia dziecko trafiło do szpitala dziecięcego w stanie ciężkim, odwodnione. Cała dalsza diagnostyka problemów dziecka ze ssaniem z piersi była wykonywana prywatnie.

Czasem kobietom odmawiano sprawdzenia wędzidełka u dziecka.

„Poprosiłam jakiegoś lekarza neonatologa, żeby sprawdził wędzidełko małej. Mówię, że może póki jeszcze tu jestem, żeby ktoś mi jakoś pomógł, to on się tym nie zajmuje – usłyszałam. Brak kompetencji. Gdyby nie moje samozaparcie i też fundusze, bo gdybym nie miała pieniędzy, to nie byłoby mnie stać, żeby jeździć to tu to tam. Bardzo dużo pieniędzy wydałam: jedna porada laktacyjna, podcięcie wędzidełka, druga porada, osteopata, a to laktator, nakładki, butelka. Nie każdego na to by było stać”.
(K52)

„Ani w prywatnej klinice, ani w szpitalu na NFZ nikt nie wyłapał skróconego wędzidełka u żadnego z moich dzieci. Okazało się, że trójka dzieci miała znacznie skrócone wędzidełko i wymagało to podcięcia. Prosiłam o ocenę i zwracałam na to uwagę, to mi powiedziano »To proszę już tam u lekarza rodzinnego poprosić o skierowanie«, czy odsyłano mnie po prostu dalej”. (K57)

Neurologopedka, która pracuje na co dzień z kobietami i dziećmi, zmagającymi się z problemami z pobieraniem pokarmu z piersi, podzieliła się swoimi spostrzeżeniami na temat oceny ssania i budowy jamy ustnej.



„Pierwszy punkt, czyli zbadanie jamy ustnej u dziecka i to u każdego, czy są problemy, czy nie, powinien być realizowany. W przypadku, kiedy występuje jakakolwiek trudność dostawienia do piersi, to już obowiązkowo. Myślę, że wielu problemów by się uniknęło, wielu frustracji przede wszystkim i te dzieci byłyby karmione mlekiem mamy, bo nawet jeżeli jest skrócone wędzidełko, a mama chce karmić piersią, to można ją uczyć odciągania mleka, podać je inaczej do czasu, kiedy będzie wykonany zabieg. Mamy dużo zaniedbań. Oglądam te bużki i oczywiście, że moim zadaniem jest sprawdzenie, jak wygląda wędzidełko, jak cała jama ustna pracuje, oceniam, jak karmienie wygląda. Na przykład pytam się mam, czy ktoś oglądał karmienie i mówią, że »ktoś podszedł«. Nie można ocenić karmienia spoglądając tylko »a bo dziecko się przystawiło, to ok«. Potrzeba kilku minut chociaż, żeby popatrzeć, czy ono oddycha w trakcie karmienia dobrze, czy ono ma warunki, żeby swobodnie jeść po prostu. Z tego co wiem to takie sprawdzanie prawie się nie zdarza. Doradczynie laktacyjne, które przyjeżdżają do domów i zajmują się swoimi pacjentkami mówią mi, że taka wizyta trwa godzinę. Czasami na 2 godziny się rozciąga. Zdaję sobie sprawę, że w szpitalu jest to niemożliwe, żeby być 2 godziny przy jednej pacjentce, ale też więcej niż minutę myślę, że jest realne. Uważam, że bużki maluchów są bardzo po macoszemu traktowane. Od tych wędzidełek skróconych, poprzez nieprawidłowe napięcia, rozszczepy podniebienia, co w ogóle nie powinno być możliwe, że wypuszcza się dziecko z rozszczepem. To też stan śluzówki. Wielokrotnie jest tak, że dziecko przychodzi do mnie i ma pleśniawki. Takie rzeczy są zaniedbywane, a to też będzie wpływało na karmienie. Natomiast spotkałam się, że na wypisie czasami piszą w niektórych



szpitalach, że »karmienie piersią prawidłowe, bez trudności« coś takiego, ale to nie mówi o tym, jak ten przebieg karmienia wygląda, a myślę, że to jest tak ważna rzecz na tym starcie. Jak to dziecko będzie jadło, jak ten człowiek będzie jadł całe życie”. (P9)

Dziecko jednej z kobiet miało bardzo duże trudności z przystawieniem się i zassaniem piersi. Wędzidełko ocenił neonatolog jeszcze podczas pobytu matki i dziecka na oddziale, ale dopiero po wyjściu ze szpitala (w którym ostatecznie dokarmiano dziecko mieszanką) właściwą diagnozę postawiła położna środowiskowo-rodzinna, która była jednocześnie doradczynią laktacyjną CDL. Matka nie otrzymała potrzebnej pomocy w szpitalu i potem długo borykała się z poczuciem winy, że źle przystawia dziecko (takie słowa usłyszała od położnej w szpitalu), pomimo, że problemy wynikały z trudności po stronie dziecka:

„W szpitalu wędzidełko zostało ocenione przez neonatologa, który podobno ocenia właśnie wędzidełka, ale nie podczas aktu karmienia, bo takiego w ogóle nie było, tylko po prostu sobie spojrzeli do buzi stwierdzili, że »Wszystko jest ok«. Dopiero jak moja położna środowiskowa przyjechała na pierwszą wizytę ocenić, to powiedziała, że mały ma tak pospinaną buzię, że nawet ona nie była w stanie, a jest doradcą laktacyjnym, na początku go prawidłowo przystawić. Kilka razy się pomęczyłyśmy, gdzie ona doskonale wie, jak przystawić malucha. Mówiła, że się wcale nie dziwi, że on się odstawiał, bo po prostu był tak pospinany, miał lekką asymetrię, że rozpoczęliśmy też później fizjoterapię. Generalnie kosmos, jeśli chodzi o buzię. Tak naprawdę trzeba było mu całą buzię rozluźnić, żeby on w ogóle mógł złapać pierś, więc jakby wcześniej też w ogóle nikt się nawet tym nie zainteresował. Wędzidełko też nie było ok. Co prawda nie było »poważnego stopnia« i na początku nie było to tak widoczne, ale z czasem



zaczęło się właśnie pojawiać jakieś klikanie przy karmieniu. Inna sprawa, że ja bardzo długo myślałam, że to przeze mnie mimo wszystko. Nawet jak pani A. przychodziła mówiła »Dobrze przystawiasz. Jeśli chodzi o przystawienie to jest super«, to ja cały czas jeszcze nie byłam pewna. Pamiętam, jak pojechałam do neurologopedki i ona też chciała zobaczyć, jak przystawiam, to myślałam »Boże pewnie powie, że źle przystawiam«. To po prostu zostało mi już tak, że ja coś robię źle, a nie mały ma jakiś problem. Neurologopedka też powiedziała, że jeśli chodzi o technikę to nie ma się do czego doczepić. Po prostu jest u malucha problem. W szpitalu pod tym względem to zupełne zero. W ogóle jakiegokolwiek nawet wzmianki o tym, że to może być coś po jego stronie nie usłyszałam". (K17)

Oprócz tego, że często brak jest diagnozy trudności po stronie dziecka, to też nie ma możliwości skierowania do dalszej diagnostyki specjalistycznej.

„Też pokierowanie do odpowiedniego specjalisty, czyli jeżeli nie możemy zapewnić tego, żeby dziecko było badane na oddziale, nie jesteśmy w stanie podjąć się oceny tego wędzidełka, podcięcia wędzidełka, to chociaż pokierować do specjalisty, który może to zrobić. Jeżeli chodzi o poradnie logopedyczne to prawie w każdym szpitalu jest, więc może tam chociaż jedna osoba, która byłaby w stanie badać noworodki, bo to jest też tak, że nie każdy logopeda chce i potrafi badać niemowlęta. Myślę, że nadal to jest mniejszość, ale z drugiej strony w jednym szpitalu był taki logopeda, który specjalizował się w pacjentach od rozszczepów, więc skoro jest możliwość mieć takiego specjalistę, to fajnie by było, żeby



szpitale, w których rodzą się dzieci miały neurologopedę, który potrafi pracować z karmieniem. My mówimy o zdrowych dzieciach, a wielokrotnie będzie tak, że urodzi się dziecko z jakimiś większymi problemami, dziecko z jakąś chorobą, z jakąś nieprawidłową budową jamy ustnej, rzadko, ale się zdarza i teraz tutaj brakuje bardzo takiego instruktażu. Przy czymkolwiek nienormalnym w jamie ustnej przekazuje się rodzicom informacje, że tutaj nie będzie innego karmienia, jak butelką, co nie jest zgodne z normami obecnymi i z naszą wiedzą, bo można wiele. Moim zdaniem edukacja to podstawa”. (P9)



Problem!

Prawie połowa kobiet (45,9% ankietowanych spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) nie otrzymuje diagnozy umiejętności ssania u noworodka lub nie pamięta faktu, aby taka diagnoza została postawiona, podczas gdy taka wiedza pozwoliłaby zarówno kobietom, jak i personelowi medycznemu zawnazasu ustalić podejście do rozwiązywania ewentualnych trudności z karmieniem piersią, które mogą pojawić się po stronie dziecka, jak również skierować dziecko do dalszej diagnozy specjalistycznej. Zrozumienie tego, iż ew. problemy mogą wynikać z trudności po stronie dziecka, mogłoby zwiększyć zaufanie kobiet do samych siebie w kwestii możliwości wykarmienia swojego dziecka.



Jak cytowałyśmy na początku, w S000 zawarte są zapisy o czynnościach mających na celu ocenę efektywności karmienia, częstości przystawiania, obserwowanie cech dobrego przystawiania i wskaźników skutecznego karmienia (karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy).



Droga kobieto!

O wskaźnikach skutecznego karmienia piersią przeczytasz w rzetelnych źródłach np. w artykule Stowarzyszenia Małyssak na stronie: <https://malyssak.pl/wsk> a także w artykułach na blogu Hafija.pl lub materiałach do pobrania: <https://www.hafija.pl/do-pobrania>

Jedna z kobiet tak napisała o tym, czy pomoc personelu medycznego zaspokoła jej potrzeby, wspominając jednocześnie o wskaźnikach skutecznego karmienia:

„Nie zaspokoła. Jak wspomniałam doradczyni była nieobecna, ale karmiłam pierwsze dziecko 2,5 roku, więc nie przejmowałam się jakoś mocno, a położne ogólnie wydawały mi się w porządku. Pomagały i w moim odczuciu, poza jedną, były w miarę na bieżąco z aktualnymi wytycznymi (ja śledzę blog Hafiji, więc uważam, że podstawowe informacje mam i znam wskaźniki skutecznego karmienia i mniej więcej wiem, na co zwracać uwagę podczas karmienia)”. (A111)



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

W tym przypadku znajomość wskaźników skutecznego karmienia uchroniła kobietę przed bezpodstawnym dokarmianiem. Niestety neonatolożka nie miała odpowiedniej wiedzy, zupełnie naturalnym jest bowiem, iż noworodek budzi się co dwie godziny.

„Neonatolog nagminnie nagabywała, że mam za mało pokarmu i powinnam dokarmiać. Bezpodstawnie - dziecko ssało efektywnie od urodzenia. W 5 dobie odzyskało wagę urodzeniową. Jedyнным argumentem neonatolożki był fakt, że syn budził się na karmienie co 2 godziny”. (A2090)

W innym przypadku szpitalna doradczyni laktacyjna wsparła kobietę potwierdzając efektywność karmienia, dzięki ocenie wskaźników skutecznego karmienia.

„Pani przyszła, zobaczyła w jaki sposób przystawiam dziecko. Pytała, ile było kup itd. Oceniała to skuteczne karmienie, a mała, naprawdę byłam pod wrażeniem, jak dużo tych sików i kup przez ten cały czas robiła. Ona faktycznie dużo jadła”. (K23)

Tylko w jednej z ankiet odnalazłyśmy bezpośrednie odniesienie do edukowania kobiety o wskaźnikach skutecznego karmienia przez personel medyczny. Osobą z personelu medycznego była doradczyni laktacyjna CDL.

„Jedna lekarka pomogła mi przystawić dzieci po obchodzie. Codziennie poza wybranymi dniami była CDL, która pomagała w przystawianiu i instruowała. Nauczyła mnie korzystać z laktatora, informowała, ile dzieci powinny jeść odciągniętego mleka, ile powinny ważyć i o wskaźnikach skutecznego karmienia. Dużo



wiedzy i wsparcia. Parę położnych też pomagało z przystawianiem, jak się je poprosiło”. (A667)

Cytowałyśmy wypowiedź jednej z kobiet czekającej przez weekend na konsultację z doradczynią laktacyjną do poniedziałku. Przez ten czas kobieta nie dokarmiła dziecka mieszanką. Zaufała swojej wiedzy na temat wskaźników skutecznego karmienia. Wiedzę tę zdobyła już w ciąży podczas prywatnych, indywidualnych spotkań z położną w jej domu. W kolejnym rozdziale wyjaśnimy, że spadek masy ciała dziecka po porodzie, jak było w przypadku dziecka tej kobiety, w pewnych granicach jest normą.

„Dziecko nie było dokarmione. Z racji szkoły rodzenia wiedziałam jakie są wskaźniki skutecznego karmienia. Na logikę próbowałam sobie tłumaczyć, że dziecko brudzi pieluszki, zgłasza się te 10-12 razy na dobę do piersi i faktycznie słychać było, że przetyka, to mówię może po prostu nie je aż tyle ile powinna, ale je. Rozmawiałam z położnymi, że skoro nie może z piersi efektywnie jeść, to może byśmy ściągnęły pokarm i po prostu podały z butelki. Położne stwierdziły, że to bez sensu, bo najwidoczniej nie mam pokarmu, to może od razu lepiej modyfikowane podać, więc tu się nie dogadałyśmy. Córka była cały czas wyłącznie na piersi. Ani mieszanki nie podałyśmy, ani nie odciągnęłyśmy i nie podałyśmy ani przez strzykawkę, ani z butelki w żaden sposób”. (K6)

3.2.8. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NIESKUTECZNEGO KARMIENIA PIERSIĄ

Zdarzają się takie sytuacje, w których karmienie piersią jest nieskuteczne. S000 określa zasady postępowania w takich przypadkach.



„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

4) [...] w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;

5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;

[...]”. (S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Należy podkreślić, że to postępowanie wdraża się na podstawie oceny umiejętności ssania, a wiemy już, że w wielu przypadkach kobiety (prawie połowa spośród naszych ankietowanych) takiej oceny od personelu medycznego nie uzyskały. Warto podsumować, jakie kroki powinny zostać podjęte:

- postępowanie w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z bezpośrednio piersi;
- w następnej kolejności odciągniętym mlekiem matki;
- dobór metody dokarmiania mlekiem matki powinien uwzględniać najnowszą wiedzę o zmniejszeniu ryzyka trudności ze ssaniem;
- postępowanie winno być odnotowane w dokumentacji medycznej.



Wykonanie tych kroków jest kluczowe. Jeśli pomimo wprowadzenia takiego postępowania wskaźniki skutecznego karmienia nie są zachowane, dopiero wtedy może być konieczne wprowadzenie mieszanki ze względów medycznych, na zlecenie lekarza i po wcześniejszym udzieleniu informacji matce o takim żywieniu, jednak z równoczesną stymulacją laktacji i dążeniem do karmienia piersią lub mlekiem matki. Warto również pamiętać o tzw. fizjologicznym spadku wagi/masy ciała noworodka:

„Obniżanie masy ciała po porodzie to bardzo czuły wskaźnik stanu dziecka i inicjacji laktacji. Proces fizjologicznego spadku masy ciała zaczyna się zaraz po urodzeniu dziecka i związany jest głównie z utratą płynów, która następuje w wyniku oddychania, parowania w procesach termoregulacji, oddawania moczu, smółki oraz wysychania kikuta pępowiny przy stosunkowo niewielkim jeszcze uzupełnianiu płynów w czasie ssania piersi. Maksymalna fizjologiczna utrata masy ciała przez noworodka nie powinna przekraczać 7%. Wg badań naukowych przeciętny spadek masy urodzeniowej u dzieci po porodzie siłami natury wynosi średnio 6% i osiąga swój szczyt do 2/3 doby, po ok. 48h zaczynają przybierać na wadze. Natomiast u dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego spadek masy ciała osiąga średnio 7% do 3 doby życia dziecka i od ok. 72h widoczna jest tendencja wzrostowa. Bez względu na drogę porodu optymalnym czasem na odzyskanie wagi urodzeniowej jest 7.-8. doba. Oczywiście należy pamiętać o indywidualnych odchyleniach od tej normy, a wszelkie wątpliwości konsultować z doradcą laktacyjnym, położną lub lekarzem neonatologiem”¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Świderek-Tybelska A., *Wskaźniki skutecznego karmienia piersią*, 2021, <https://malysak.pl/wskazniki-skutecznego-karmienia-piersia/> [dostęp: 30.11.2023]



Dziecko, które dużo płacze i ma trudność z uchwyceniem piersi może nie być w stanie skutecznie pobierać pokarmu. Różnego rodzaju trudności po stronie dziecka mogą być sygnalizowane jego płaczem, choć warto pamiętać, że nie zawsze te trudności wynikają z nieprawidłowego stanu zdrowia dziecka.

„Jeżeli trafię do pacjentek w zerowej dobie, to mówię »Słuchajcie, dzisiaj jest spokojnie, ale nastawcie się, że dzisiaj w nocy to będzie szaleństwo wasze dziecko zamienia się w małego gremlina i się nie da odłożyć i to jest w porządku, to nie jest nic złego. Nie przejmujcie się, że dziecko płacze, bo jesteście na oddziale położniczym. Tu dzieci płaczą. Nikogo nie budzicie, nikomu nie powinno to przeszkadzać. Jak prowadzę zajęcia w szkole rodzenia poświęcam czas właśnie tym pierwszym dwóm dobom, jak to będzie wyglądać, czego kobiety się mają spodziewać, jak się będą czuły i jak to dziecko będzie właśnie się zachowywać. Cały czas, gdzieś obraz śpiącego dziecka, a ludzki noworodek może dużo płakać”. (P10)

Warto w takich przypadkach przyjrzeć się dokładniej wskaźnikom skutecznego karmienia, gdyż płacz i trudność z dostawianiem się mogą skutkować ograniczonym czasem bycia dziecka przy piersi, a co za tym idzie mniejszą stymulacją do produkcji mleka. Jednak dopiero obraz całej sytuacji i efektywności ssania dziecka może być przyczynkiem do dokarmiania dziecka, ale zawsze mlekiem matki w pierwszej kolejności. Sam płacz natomiast absolutnie NIE jest wskazaniem do dokarmiania mieszanką. W wielu przypadkach nie miało miejsca jakiegokolwiek postępowanie mające na celu nakarmienie dziecka mlekiem matki zanim zaproponowano mieszankę. Często proponowano ją z pominięciem zlecenia lekarskiego, czy nawet straszono, że bez tego matka i dziecko nie wyjdą ze szpitala.



„Dziecko dużo płakało i nikt nie wiedział, dlaczego. Proponowano dokarmienie mieszanką, na co się nie zgodziłam, więc innych opcji nie było”. (A847)

„Po cięciu cesarskim dziecko zabierane było na badania. Kiedy dużo płakało, a ja nie mogłam wstać, to położne zabierały syna na »dokarmianie« mlekiem modyfikowanym. Mimo, iż miałam pokarm w piersiach i wiedziały o tym. Jednakże żadna z pracujących tam pań nie umiała mi pomóc prawidłowo przystawić dziecka do piersi. Dopiero w ostatnim dniu przed wypisem przyszła znajoma znajomej z innego szpitala :(”. (A1308)

„Ja podałam dostępne w szpitalu mleko, bo czułam presję ze strony niektórych położnych – dziecko dużo płakało, miało silny odruch ssania, nikt nie pomógł mi przy karmieniu piersią, a ciągle słyszałam, że jak straci na wadze więcej niż 10% masy to nie wypuszczą ze szpitala”. (A2394)

„Położna pomogła mi z własnej inicjatywy przystawić dziecko do piersi po raz pierwszy - z sukcesem. Kolejne położne – z następnych zmian – także pomagały przystawiać dziecko na moją prośbę, ale nigdy z własnej inicjatywy. Czułam się przez to zagubiona i niekompetentna. Byłam też nakłoniona do podawania dziecku mieszanki, bo bardzo krzyczało i nie chciało kilka razy dobrze się przyssać - dziś wiem, że niepotrzebnie. Nie było mowy o alternatywnych formach dokarmiania. Na plus – w mojej sali dostępny był dobry laktator”. (A1769)



„Pytali, czy leci mleko. Powiedziałam, że leci, bo kropelki się pojawiały, gdy nadusiłam sutka. Po 3 dobie (i ciągłym płaczu dziecka) okazało się, że córka spadła z wagi ponad 10% i nie chcieli nas wypuścić do domu. Ja myślałam, że ją karmię, a płacze, bo po prostu jest dzieckiem. Upoili je mlekiem modyfikowanym i szybko włożyli na wagę. Waga się zgadzała, więc puścili nas do domu. Badania z krwi nie wykazały nieprawidłowości u córki”.

(A842)

Mimo, że w kolejnej historii kobieta ostatecznie otrzymała pomoc, to o powodzeniu w karmieniu zadecydowała jej determinacja. Jak sama powiedziała, rozwiązania jakie stosuje się w danym szpitalu mogą spowodować trudności z karmieniem piersią nawet u osoby, która tych problemów mieć nie miała. W jej przypadku dokarmienie nastąpiło już w pierwszej dobie życia dziecka.

„Ona cały czas płakała i nie chciała zasnąć. Położne coś tam pomagały ją przystawiać, ale nie bardzo im to szło. Mówiły »Dzieci tak mają, że płaczą«. Potem była położna, która mi mówiła »Płacze, bo jest głodna« i że trzeba ją dokarmić. W końcu poddałam się i powiedziałam, żeby w takim razie dokarmili tą butelką. Jak to zrobili poszła spać i spała. O godz. 21 miała być zmiana położnych i przyszły do mnie jeszcze przed końcem swojej zmiany dokarmić dziecko. Powiedziałam im, że ją przystawiałam do piersi, więc chyba nie trzeba jej dokarmiać. Weszłam z nimi w dyskusję i skończyło się na tym, że wylądowałam w pokoju położnych i zaczęłam im mówić »Rozumiem, że płacze, bo jest głodna. Nie może zasnąć, bo jest głodna, ale chcę ją karmić piersią« i że chyba ich obowiązkiem jest pokazanie mi, jak ja mam to zrobić, żeby ona się najadała z piersi, bo nie jest rozwiązaniem dawanie butelki.



Jedna położna na mnie naskoczyła »Bo pani to się wydaje, że my tutaj wszystkie chcemy sobie ułatwić pracę i nakarmić wszystkie dzieci mlekiem modyfikowanym, żeby spały, a my sobie tu będziemy siedzieć w tej kanciapie«. Taki był przekaz. Popłakałam się przy nich i powiedziałam, że mi nie o to chodzi, tylko chciałabym, żeby mi ktoś pomógł i powiedział, jak ja mam rozkręcić laktację, bo miałam wrażenie, że mi nic nie leci z piersi. Wiedziałam, że jest ta siara, dlatego początkowo się nie przejmowałam tym specjalnie, że nie widzę tego mleka. Zostawiłam córkę, żeby one ją nakarmiły i wyszłam stamtąd z płaczem. Nowa położna, która przyszła usłyszała, jak rozmawiam z tymi położnymi i zobaczyła, że płaczę. Jak wróciłam do pokoju, to do mnie przyszła i mi powiedziała, że pomoże mi rozkręcić laktację. Przyniosła mi laktator, który mieli i powiedziała, żebym co 3 godziny odciągała metodą 7 5 3, że przez 7 minut z jednej piersi, potem z drugiej, potem przez 5 minut z jednej i tak dalej. Przez całą noc się budziłam co 3 godziny i odciągałam. Oni mi nakarmili to dziecko mlekiem modyfikowanym, więc córka generalnie spała, a ja się budziłam i rozkręcałam laktację laktatorem. Potem przystawiałam jeszcze do piersi. Ona załapała tak, że po tej nocy już widziałam ten pokarm i jego się dużo lało. Następnego dnia nie jadła ani razu z butelki i na następny dzień mnie już wypisali. Miałam cesarkę w środę, a oni mnie wypisali w piątek. Dalej karmienie poszło łatwo. Mówiłam jeszcze w ciąży partnerowi, że jak tylko wyjdę ze szpitala to się umawiam na konsultacje z doradczynią laktacyjną i będę ją karmić. Wiedziałam, że ja jestem w stanie ją wykarmić i wiedziałam, że będę karmić. Już wtedy sprawdziłam i wiedziałam do kogo zadzwonię, żeby mi ktoś od razu przyszedł, jeżeli w szpitalu mi nie pomogą. Efekt był taki, że udało mi się to zrobić w szpitalu, a potem



nie korzystałam z żadnej porady doradczynie laktacyjnej. To też pokazuje, że ja jestem osobą, która nie miała problemów z karmieniem piersią, czy moja córka nie miała problemów i nie potrzebowaliśmy pomocy specjalistycznej, ale przez to jakie są rozwiązania instytucjonalne w danym szpitalu mogło się to skończyć tym, że ja bym miała problemy z karmieniem piersią. A to jeszcze był szpital, który się chwali tym, że mają wsparcie dla kobiet w laktacji". (K50)

Verbalny atak jednej z położnych wywołany był próbą wyegzekwowania przez kobietę pomocy. Pewność kobiety została zachwiana, ale nie na długo. Warto dodać, że miała ona w otoczeniu wiele innych kobiet, którym karmienie piersią się udało, więc wiedziała, że jest to możliwe. Nie każda kobieta ma tak głębokie przekonanie i wiedzę, że to się może udać.

"Mama mojego najmłodszego brata karmiła ponad 3 lata i moje siostry obie też karmiły dzieci do 2 lat. Moja kuzynka ma 2,5 letnią córkę i jeszcze ją karmi i bliższe koleżanki karmiły w okolicach 2 lat, więc na około miałam wzory, że się karmi długo piersią. Niedawno sobie uświadomiłam, że chyba nie wiem co to znaczy długie karmienie piersią. Wydawało mi się, że to 2-3 lata, a ostatnio ktoś mi powiedział, że powyżej roku to jest długo. Miałam plany, że chciałam długo karmić. Tak myślałam, że będę karmić". (K50)

Czasem kobiety same decydują się na podanie mieszanki z poczucia bezsilności. W poprzednim podrozdziale wspominałyśmy historię kobiety, której dziecko nie zostało zdiagnozowane pod kątem trudności ze ssaniem i wymagało rehabilitacji u fizjoterapeuty. Karmienie nie było skuteczne i dziecko dużo płakało. Poniżej część historii, z której wynika, że położna nie oceniła umiejętności ssania dziecka, pomijając przyczynę trudności z karmieniem, która leżała po stronie dziecka.



„Zdecydowałam się na dokarmienie, że tak powiem z własnej woli i z własnej inicjatywy. Wiedziałam, że no dalej nie dam rady. On płakał mi 2 doby i nie był w stanie się przystawić na dłużej, a położna nie miała czasu, żeby poczekać ze mną nawet te 3 minuty i zobaczyć, że on po prostu puszcza pierś i nie jest w stanie w ogóle jeść. On wył praktycznie całą noc, a ja razem z nim. Nie jadłam, bo on cały czas płakał. Masakra no w skrócie. Ta położna przychodziła faktycznie i cały czas mówiła, że ja muszę przystawiać. Jeszcze do mnie mówiła cały czas »Mama musisz przystawiać. Mama źle to robisz«. Jak to słyszałam to mi się już odechciewało wszystkiego. Generalnie ona bardzo chciała, żebym przystawiała. Nieważne, że mi nie idzie, ja mam przystawiać i jak ja jej mówię, że on nie je to ona mówi »Nie, on musi jeść 10 minut minimum«. Mówię »No fajnie tylko on nie je nawet minuty«, na co ona, że nie ma czasu tu być. Szkoda”. (K17)

Cytowany wcześniej przepis S000 wskazuje, że mieszanka może być podana zgodnie z decyzją matki. W poniższej sytuacji, gdyby położna miała większe kompetencje we wsparciu laktacyjnym i korzystałaby z kompetencji miękkich, to może udałoby się jej wesprzeć kobietę na tyle, że podanie mieszanki nie byłoby potrzebne.

„Nikt mnie do tego w ogóle nie zachęcał. Po prostu zrobiłam to w swojej rozpacz, bo bardzo chciałam się przespać. Rzeczywiście to dziecko nie spało wtedy moim zdaniem zupełnie. Miałam już halucynacje od braku snu. Poszłam do pań na neonatologii po buteleczkę z mlekiem modyfikowanym i usłyszałam bardzo dużo przykrych słów, na ten temat, że poszłam, więc to zdecydowanie nie była inicjatywa personelu. Zaczęło się od tego, że weszłam z moją mamą i zastanawiałam się jak w ogóle



podaje się butelkę. Czy dziecko ma leżeć, czy ma siedzieć, przecież jest na to za małe, bo miałam wtedy dużo takich wątpliwości z szoku, z przestachu. Nie wiedziałam po prostu, jak tę butelkę technicznie mu dać i to było takie typowe chyba polskie szpitalne: "No jak to jak? Tutaj siadaj i wciskaj mu tam. Załapie" i że nie powinnam tego robić, że to tylko ze wskazań lekarza się wydaje mleko modyfikowane, że co ona ma napisać w karcie, że to jest mu niepotrzebne, że teraz to już jestem mamą, już nie będzie mi się tak spało, jak jeszcze kiedyś było. Teraz może by mnie to nie ruszyło, ale wtedy bardzo. W ogóle nie usłyszałam, że może być inny sposób podania tego mleka. Miałam w szpitalu swój laktator, bo wydawało mi się, że to jest bardzo potrzebne, ale skorzystałam z niego dopiero po dwóch dniach od porodu, kiedy była pani doradczyni na miejscu, bo zasugerowała to. Wcześniej nie wpadłam na to sama i nikt też mi nie sugerował tego". (K42)

W kolejnej historii dziecko było spokojne, było karmione na żądanie, a doradczyni laktacyjna obejrzała akt karmienia i uznała, że dziecko przystawione jest prawidłowo. Pomimo tego ordynator oddziału zasiała w kobiecie niepewność do tego stopnia, że ta czuła się zaszantażowana, a podanie mieszanki było warunkiem otrzymania wypisu ze szpitala. Kobiecie nie została zaoferowana pomoc laktacyjna, za to zasugerowano sprawdzenie ilości mleka laktatorem. Warto podkreślić, że jest to kolejny mit. Brak lub niewielka ilość mleka odciągniętego przez kobietę nie jest wymierna i nie powinno się traktować tej sytuacji jako świadczącej o niewystarczającej ilości pokarmu. Taka sytuacja NIE świadczy o poziomie laktacji i NIE jest wskaźnikiem skutecznego karmienia. Kobieta miała tego świadomość, jednak pomimo tego była przymuszona do podania mieszanki dziecku. Nasuwa się pytanie, co jest istotniejsze – udzielenie rzeczywistej pomocy czy gwałtowne podwyższenie wagi dziecka, aby można było wypisać dziecko ze szpitala?



„To było w 4 dobie naszego pobytu w szpitalu. Ogólnie ta pani ordynator pediatrii miała chyba jakieś huśtawki nastroju, bo na przykład dzień wcześniej o godz. 21 wykonywała mojemu dziecku USG głowy, brzuszka, bo w tym szpitalu to był standard i była dla mnie supermiła. Następnego dnia rano wchodzi na salę i po prostu patrzy na spadek wagi, a ja pamiętam dokładnie, że z tej 3 na 4 dobę dziecku spadło 20 g. To nie jest dużo, to kwestia nie wiem, siku, kupki. I właśnie ona zapytała ironicznie, czy ja wiem, jak wygląda dobrze odżywione dziecko, bo na pewno nie tak jak moje. I po prostu zasugerowała mi, że jeżeli ja nie podam mleka modyfikowanego, to ona mnie nie wypuści z tego szpitala. A tak naprawdę chodziło o coś zupełnie innego. Jak syn się rodził to musiały zostać przebite wody płodowe, bo prawdopodobnie one powstrzymywały akcję porodową, która była bardzo długa i wyczerpująca. Wody szły takimi chlustami. Były czyste, ale ostatnia partia była zielona. Oni na tej podstawie zdecydowali, żeby pobrać mu wymaz, aby sprawdzić, czy nie było zakażenia. Może zrobili to słusznie, ale o niczym mnie nie poinformowali. W niedzielę w 3. dobie, kiedy ja już byłam gotowa do wyjścia ze szpitala, bo wszystko z dzieckiem było dobrze, nagle dostaję »Nie, nie wychodźcie« i zero jakiegoś uzasadnienia. Dopiero wieczorem w niedzielę mi powiedzieli, że nie puszczą go, bo było CRP pobrane, a oni zapomnieli złożyć kolejnego zlecenia na badanie, i że w takim razie to badanie zostanie wykonane dopiero w poniedziałek rano, ale rano nie zostało pobrane. I wchodzi ta ordynator i ona mnie pyta, czy ja wiem, jak wygląda najedzone dziecko, a ja ją pytam, czy zostało zbadane CRP, a ona, że nie. I tyle, i taka to była rozmowa. Koniec końców powiedziała, że ma przyjść położna z laktatorem i sprawdzimy, czy ja w ogóle



mam mleko. Dla mnie to była taka sugestia, że ja nie mam mleka, że sprawdzimy, ile pani tego mleka tam ma. No co ona chciała sprawdzać. Przecież wiadomo, że laktatorem nie wyciągnę takiej ilości, jak dziecko jest w stanie sobie wyciągnąć, a po drugie syn faktycznie w tym okresie wisiał na mojej piersi, bo to już była 4 doba jego życia on oczekiwał większej ilości pokarmu, bo już się skończyły te 3 pierwsze doby, kiedy miał żołądeczek wisienki, a że tego mleka nie było, no to on praktycznie cały czas był przy mojej piersi, ale z 2 strony jak inaczej rozkręcić laktację. Tego się inaczej nie da zrobić, jak nie przestawiając dziecka. I co ja miałam z tych piersi wyciągnąć, jak dziecko próbowało pobrać pokarm. Wyciągnęłam bodajże 20 ml, to i tak było dużo, jak na ten okres od porodu. Położna, która mi ten lektor dawała, to ona mi powiedziała, że po prostu »Zróbmy tak jak chce ordynator« i po prostu widać było, że jest jej mnie żal, bo ja tam się próbowałam stawiać. Już byłam na takim etapie, że właśnie powiedziałam, że chcę to CRP, żeby mi to sprawdzili i nie wiem, czy gdyby to jeszcze trochę nie potrwało, to czy bym nie zrobiła wypisu na żądanie. Tyle, że się oczywiście martwiłam o zdrowie dziecka. To nie jest takie proste podjąć taką decyzję, że jak się wie, że dziecko jeszcze nie przebiera do końca, a potem coś się stanie i wiadomo, że to mnie obarczą winą, a nie lekarza, który w jakiś sposób się nade mną znęcał psychicznie, no bo tego się inaczej nie da po prostu określić. Ja wtedy nie wiedziałam, bo potem sobie doczytałam w tej takiej żółtej książce »Karmienie piersią. Siedem naturalnych praw«, że mój ciężki poród może spowodować opóźnienie nawału mleka i tego mi nikt nie powiedział. W piątek po porodzie była u mnie doradca laktacyjna, która pracowała w szpitalu. Spojrzała, jak przystawiam. Stwierdziła, że jest



w porządku. Nie powiedziała mi kluczowej rzeczy, że ja się nie mam co przejmować tym, że mój poród był trudny i mleko się spóźni i że mam po prostu przystawiać, żeby rozkręcać. W każdym razie w poniedziałek przyszła właśnie położna z tym laktatorem, która miała mi udowodnić po prostu, że tego mleka nie mam. Już byłam tak zdesperowana i tak bardzo chciałam wyjść z tego szpitala, że podaliśmy dziecku mieszankę. To był szantaż, bo ja byłam bardzo zdołowana w tym szpitalu całą sytuacją. Byłam w bardzo złej formie psychicznej i dla mnie kluczowe było, żeby stamtąd wyjść. Wyjść jak najszybciej, za wszelką cenę. Skończyło się tym, że dziecko, wypilo mieszankę i dokładnie za chwilę zrobiło kupę. To się po prostu przelało przez niego zupełnie. To był pierwszy i ostatni raz, kiedy moje dziecko dostało mieszankę. Natomiast dostaliśmy wypis. Przekroczyłam próg domu i dostałam nawału mleka". (K20)

„Pielęgniarki przynosiły smoczki i gotową mieszankę w małych buteleczkach i kazały dokarmiać dziecko cytując: bo je zagłodzę oraz nie wyjdę ze szpitala jak spadek wagi będzie za duży". (A410)

„Usłyszałam na początku, że nie mam mleka i mam podawać mieszankę, bo nas nie wypuszczą ze szpitala jak będzie spadać z wagi. Dopiero potem się dowiedziałam, że to jest normalne, że dziecko spada z wagi. Tylko jedna pani mi pomogła i pokazała, że mam mleko w piersiach i żeby karmić małego piersią. Była to pani z wcześniaków. Położne tylko mnie zastraszały, że jeśli nie będę dokarmiać butlą z mlekiem modyfikowanym, to dziecka nie wypiszą ze szpitala i będą musieli zrobić mu zastrzyki. Jeny, ile ja



przeżyłam. 5 dni w tym szpitalu było dla mnie i jest traumą. Codziennie płakałam. Nikt mi i koleżance nie chciał pomóc. Jak chciałam, żeby mi położna pomogła dostawić, to przyszła, przystawiła i powiedziała, że nie chwyta. Dała nakładkę i przez to musiałam się męczyć z nakładką przez 4 miesiące, zanim dziecko samo odrzuciło nakładkę! Poród cudowny, ale opieka po porodzie masakra. Żałuję, że od razu nie złożyłam na nich skargi. Wypełniam ankietę dla nas kobiet, żeby się w końcu coś w tych szpitalach poprawiło. Jest tragicznie, jeśli chodzi o pomoc przy karmieniu. Kiedyś była doradczyni w szpitalu i pomagała teraz musimy radzić sobie same. W każdym szpitalu powinna być taka kobieta". (A2348)

W kolejnej historii kobieta nie otrzymała pomocy mającej na celu skuteczne nakarmienie dziecka piersią lub jej mlekiem. Nie miała zaufania do personelu i nie dostosowała się do zalecenia podania mieszanki. Jak się okazało, jej decyzja okazała się słuszna – dziecko nie potrzebowało mieszanki, by przybrać na wadze.

„Groziło nam, że nie zostaniemy wypisani, bo córka nie przybierała tak do końca dobrze na wadze na początku, więc kazali mi ją dokarmić. Oczywiście też mieszanką. Nie chciałam podać tej mieszanki. Powiedziałam, że ją dokarmiłam, ale ja tego nie zrobiłam. Udało się, że ta waga powoli ruszyła w górę, więc nas puścili i już później w domu walczyłyśmy". (K24)

Kolejna kobieta nie zgadzała się na dokarmianie dziecka mieszanką. Próby pomocy personelu były dość chaotyczne i niedelikatne.



„Przystawiałam dziecko do piersi, tak jak wcześniej uczyła mnie położna w pozycji spod pachy, mówiąc, że nie będzie mnie bolał brzuch właśnie i tak się starałam robić. Panie położne chyba uważały, że jest ok. Nigdy nie widziałam, jak wygląda prawidłowe ssanie, więc myślałam, że skoro dziecko jest przy piersi i potem zasypia, to wszystko jest w porządku. Teraz wiem, że ona w zasadzie prawie nie ssała, tylko usiłowała złapać tę brodawkę i wiele z tego nie wynikało. Bardzo się frustrowała. Natomiast w nocy budziła się często z płaczem i płakała. Wtedy jak dziecko płakało, przysłała położna od razu z butelką z mlekiem modyfikowanym. Powiedziała »O, jest na pewno głodne« i że mam dokarmić. Mówiłam, że ja nie chcę dokarmiać mlekiem modyfikowanym. Wzięła dziecko i ciasno owinęła w pieluszki. Mówiła, że tak ciasno owinięte mam przystawiać. To też niewiele dawało. W końcu już nie wiedziałam co robić, bo innej położnej nie było, ale nie chciałam też dawać tego mleka, bo słyszałam, że nie powinno się raczej tego robić. Zaczęłam myśleć »Czy ja histeryzuję?«, bo tak trochę się czułam. Kolejnego dnia się okazało, że dziecko za dużo spadło i pytali się mnie, czy mam problemy z karmieniem, ale nikt nie sprawdził tego, jak przystawiam. W końcu przysłała panią, która chyba z tego co mówiła była doradcą laktacyjnym. Zaczęła mi pomagać z przystawianiem dziecka. Była to kolejna trauma, ponieważ zaczęła mi wpychać poduszkę laktacyjną w brzuch tak, że blizna mnie bolała. Robiła tak bez, bez pytania się mnie, czy może to zrobić. To też było częste, że panie położne łąpały mnie za piersi i sprawdzały czy już są twarde, czy już jest nawał, czy jeszcze nie. Łapały mnie za sutki bez pytania. To było nefajne. Byłam w takim stanie psychicznym, że nie bardzo mogłam się bronić przed tym. Teraz myślę, że bym się inaczej



zachowała. Położna, która nie była doradcą, pokazywała mi przystawienie dziecka z przodu, a nie spod pachy. Nie byłam w stanie tego robić, bo w zasadzie tylko spod pachy dawałam radę karmić. Później położna w końcu zaczęła mi ściągać mleko ręcznie i kazać dokarmiać z butelki tym mlekiem ściągniętym ręcznie. Tylko też nikt mi nie proponował dokarmienia ani przez wężyk, ani strzykawką, tylko z butelki. Siedziałam, pani mi ściągała to mleko z piersi, ale też mnie nie zapytała czy może to zrobić. Później dziecko ciągle spadało, no bo ciągle dobrze nie ssało i przychodziły panie pielęgniarki z oddziału niemowlęcego. Pytały, o co chodzi i dlaczego dziecko nie przybiera, dlaczego nie dokarmiam mlekiem modyfikowanym, jak mi dają. Próbowałam tłumaczyć, że nie chcę i czułam się trochę jak idiotka. Niby w książkach jedno, a jednak, mam się zachowywać »normalnie« i robić to, co mi każą. Miałam swój laktator taki na dwie piersi i też miałam wrażenie, że panie położne w ogóle nie wiedzą jak to się obsługuje. Prosiłam, ale nie umiały mi pomóc, bo to na dwie piersi, a one takiego nie umieją. W końcu sama to ogarnęłam, zaczęłam ściągać mleko i próbować dokarmiać butelką, żebyśmy mogły wyjść, żeby małej nie spadała waga. Miałam wyjść ze szpitala, jeżeli mała nie spadnie z masą, to też znowu troszkę spadła, ale panie położne powiedziały, że mam ją teraz nakarmić. One po karmieniu jeszcze raz zważą i wtedy wpiszą tamten drugi wynik i mam wrażenie, że trochę naściemniały, żebyśmy wyszły i zostałyśmy wypisane”. (K35)

Choć położnej zabrakło delikatności, warto podkreślić, że pozyskanie ręczne siary w początkowym okresie karmienia, a co za tym idzie dokarmienie mlekiem matki w pierwszej kolejności, to istotny krok w postępowaniu, gdy dziecko nie ssa skutecznie. Kobieta widziała,



że mleko jest i zamiast ugiąć się pod presją pielęgniarek, podjęła samodzielną decyzję o stymulacji laktacji. Na pewno pomogła jej w tym wiedza pozyskana już przed porodem.

Zanim wprowadzenie mieszanki stanie się koniecznością jest wiele kroków, które można poczynić, aby karmienie piersią lub mlekiem matki było skuteczne. Kluczowe jest okazanie wsparcia kobiecie przez personel.

„Przy spadku z wagi dziecka położna/pielęgniarka przyglądały się, jak dziecko się przystawia, jak długo aktywnie ssi i czy są oznaki najadania się” (A98)

„Pomoc dotyczyła przede wszystkim wskazówek co do odciągania mleka (zarówno ręcznego jak i przy użyciu laktatora), później także przystawiania dziecka do piersi oraz karmienia przy pomocy butelki. Uzyskałam dużą pomoc w zakresie odciągania mleka, jednak nie byłam do końca usatysfakcjonowana pomocą w przystawianiu dziecka do piersi”. (A2399)

„Młody miał problem ze złapaniem brodawki. Jakby ta brodawka była większa niż jego usta miałam wrażenie. Mały płakał, płakał, płakał. Nie dało się go nakarmić po prostu. Nie zassał piersi, to nie było opcji, żeby on się nakarmił. Ponieważ rodziłam w okolicy weekendu to oczywiście doradczyni nie było. Ona pracuje od poniedziałku do piątku. I po prostu pielęgniarka noworodkowa mnie poinstruowała. Bez problemu dostałam instruktaż, jak ściągać mleko. Przyniosła maszynę i poinstruowała mnie jak to się robi. Nie ma w tym wielkiej filozofii jak dla mnie. Dostałam butelki do przechowywania pokarmu. To nie było dla mnie trudne, żebym ja jakoś to wspominała tak technicznie. Wszystko było klarowne



i jasne w razie pytań, wątpliwości udzielano mi informacji o tym, jak wyczyścić sprzęt po odciążaniu. Wszystko wiedziałam na ten temat. Siarę też odciążałam ręcznie, kiedy te ilości są takie małe, żeby dziecko poczuło to mleko na brodawce. Delikatnie do kieliszka troszeczkę też odciążałam tak ręcznie. Byłam poinstruowana o tym, jak to robić. Karmiliśmy się moim odciążanym mlekiem. Byłam zdeterminowana do tego. Tutaj był jeden komentarz, który zapadł mi w pamięć. Ja tam oczywiście płakałam, że dziecko nie łapie piersi, że jak to karmić z butelki później, że nie chcę i w ogóle, a pielęgniarka noworodkowa ona mi powiedziała »Wie pani co, pani swojego pierwszego syna karmiła 2 lata i 7 miesięcy to ja nie wierzę, że tego pani nie wykarmi piersią«. No i to tak do tej pory mi zostało. Próbowaliśmy różnych metod na mnie, żebym się nie załamwała. To głaskania, a to trochę tak ostrzej, wiadomo zależy, bo nie wiedziały, jak podejść, ale ten komentarz bardzo mi mocno zapadł w pamięć i zdeterminowałam się. Natomiast to była chyba 2 doba i tej siary, tego mleka nie było, aż tyle. Tak pielęgniarki oceniały, ja zresztą też wiedziałam, że no przecież ten żołądeczek rośnie z dnia na dzień. Niewiele, ale rośnie. Jedna kobietka powiedziała »Dokarmmy, żeby on się przespał, a my się nauczymy odciążać mleko«. W ten sposób to było, więc raz została podana mieszanka. Podpisywałam tę zgodę. To nie było tak, że gdzieś poza mną to się odbyło, jak to czytam w niektórych komentarzach. Dodatkowo pielęgniarka poszła do neonatologa i poprosiła o zgodę neonatologa. Raz był dokarmiany mieszanką, a później to już moim mlekiem, bo poszło. Chyba cały miesiąc mały karmiony był butelką odciążanym moim mlekiem, aż w końcu któregoś dnia po prostu załapał tą pierś.



Przystawiałam go i karmimy się do tej pory. Także no wsparcie dużo robi”. (K30)

„Dwie położne najbardziej zapamiętałam. Jedna uporczywie twierdziła, że ponieważ moje dziecko się urodziło duże, to ono nie jest w stanie być na samej piersi. Cały czas powtarzała, że musi być podane mleko modyfikowane, że w przypadku dużych dzieci nie ma możliwości, żeby wystarczyło mleko matki. Ona cały czas mi to powtarzała. Gdybym nie miała doświadczenia po pierwszym dziecku, które również było duże, to pewnie bym się ugięła. A tak wiedziałam, że ona opowiada bzdury. Powiedziałam, że nie wyrażam zgody na podanie mleka modyfikowanego, że ona nie ma racji, że mam doświadczenie. Potem na innej zmianie przychodziła położna, która bardziej wspierała karmienie piersią. Zobaczyła, że idzie bardzo dobrze. »Tak, proszę nic nie podawać. Proszę karmić i cały czas przystawiać. Niech cały czas je, ona sobie nadrobi. Nie przejmować się tym, że dziecko ma wagę spadkową w szpitalu, że nie wróciło do wagi. Ona wróci«. Powiem szczerze, że doświadczenia właśnie, które miałam z pierwszym dzieckiem, gdzie miałam ogromne wsparcie, utwierdziły mnie w tym, że nie ma się co przejmować tym spadkiem, bo przy dużym dziecku ten spadek też był taki wyraźniejszy. To była rzecz, która sprawiła, że karmiłam bez żadnych problemów, że miałam doświadczenia dobre z pierwszym dzieckiem. Wiem, że gdyby było odwrotnie, to pewnie byłoby inaczej”. (K26)





Problem!

Zdarza się, że personel medyczny wywiera na kobietach presję, aby dokarmiły noworodka mieszanką, podając jako argument płacz dziecka, „głód” dziecka, czy strasząc, że matka „zagłodzi” je lub że nie wyjdą ze szpitala, jeśli dziecko nie przybierze na wadze, co miało być równoznaczne z koniecznością podania mieszanki. Bywa, że takie zalecenia nie są poparte rzetelną diagnozą umiejętności ssania dziecka, oceną wskaźników skutecznego karmienia. Wielu kobietom nie oferuje się pomocy mającej na celu skuteczne nakarmienie dziecka piersią lub odciągniętym mlekiem matki.

Może się zdarzyć, że dziecko jest ospałe. Wówczas nie budzi się na karmienie, często zasypia przy piersi. W cytowanym w podrozdziale 3.2.6. fragmencie S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem* pkt. 2 ust.3) czytamy, że „jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny”.

„Syn ciągle zasypiał przy piersi i bałam się, że je za mało. Położna poinstruowała mnie jak zachęcać dziecko do ssania i później przyszła sprawdzić, czy wszystko jest w porządku”. (A245)

Bywa, że ospałość u dziecka powoduje żółtaczka, co jest dodatkową trudnością w karmieniu piersią i może stwarzać ryzyko nieprawidłowych przyrostów masy ciała.

„Na początku byłam przerażona zachowaniem położnych i podejściem do dziecka, zachowywały się mało empatycznie.



„Ja miałam problem po drugiej dobie, dziecko było ospałe przez żółtaczkę i nie mogłam poradzić sobie z wybudzeniem i prawidłowym przystawieniem. Po kilku próbach i pomocy od położnych zaczęło się wszystko zmieniać na plus”. (A1178)

„Pomoc była doraźna, dziecko zasypiało podczas karmienia i długo nie przybierało masy ciała (żółtaczka), mimo wskazówek ciągle martwiłam się, że coś źle robię”. (A1641)

„Miałam mega nawał - wyglądałam wtedy jak ofiarą szalonego chirurga plastycznego. Ordynatorka zarządziła, że położne mają pilnować, żeby mleko było odpowiednio ściągnięte i nie dopuścić do zapalenia - oceniam to bardzo pozytywnie. Wiele osób pilnowało, żeby nawał nie przekształcił się w stan zapalny. Kilka położnych pomagało przystawić dziecko. Mała urodziła się 2160 g i miała dużą żółtaczkę. Głównie spała, więc namówienie jej na piers było wyczynem. Ale personel widział, że mi zależy i jedna z położnych nawet kazała się obudzić w nocy bez względu na godzinę deklarując, że mi pomoże i tak też było”. (A2199)

Warto zaznaczyć, że w powyższych przypadkach dzieci były karmione wyłącznie piersią. Żółtaczka związana z karmieniem (zarówno wczesna, jak i późna) nie jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią¹⁵¹. Istnieją wytyczne postępowania w przypadku żółtaczki u noworodka

¹⁵¹ Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp., *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, Standardy Medyczne Pediatria 2021, T. 18., s. 808., https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WL_jednostki/klinika_pediatrii_i_zaburzen_rozwoju_dzieci_i_mlodzi_ezy/zasady_zywienia_zdrowych_niemowlat.pdf [dostęp: 30.11.2023]



Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego¹⁵², Academy of Breastfeeding Medicine¹⁵³, Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP)^{154, 155}. Zalecenia można podsumować następująco:

- obecnie w przypadku żółtaczki należy karmić piersią jak najczęściej,
- NIE praktykuje się przerw w karmieniu, pasteryzacji, gotowania mleka matki i NIE zastępuje się mleka matki mieszanką rutynowo, jak również NIE podaje się glukozy czy wody do picia,
- skuteczne pobieranie pokarmu z piersi jest kluczowe dla dużej ilości wypróżnień, a co za tym idzie, szybkiego wydalania bilirubiny przez noworodka,
- ważne jest częste karmienie piersią oraz obserwacja w kierunku skuteczności karmienia (opisywane wyżej wskaźniki skutecznego karmienia piersią) i pomoc w efektywnym dostawianiu,
- w przypadku nieskutecznego karmienia piersią dokarmianie odciągniętym mlekiem matki powinno być priorytetem (podobnie jak opisywałyśmy wyżej),
- może istnieć konieczność zastosowania fototerapii, która również nie jest powodem dla wprowadzania mieszanki, a przebywanie dziecka blisko matki czy stosowanie urządzeń umożliwiających mobilność dziecka ułatwia karmienie piersią lub odciągniętym mlekiem matki.

¹⁵² Tołoczko J., *Rekomendacje PTN dotyczące leczenia żółtaczek u noworodków w praktyce*, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2021/06/Rekomendacje-PTN-dotyczace-leczenia-zoltaczek-u-noworodkow-w-praktyce.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵³ Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf> [dostęp: 30.11.2023], polskie tłumaczenie: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/22-jaundice-protocol-polish.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁴ Kemper A.R., Newman T.B., Slaughter J.L. i wsp., *Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation*, Pediatrics from the American Academy of Pediatrics 2022, 150 (3): e2022058859, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁵ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]



Poniżej cytujemy fragment stanowiska AAP (we własnym tłumaczeniu):

„Niemowlęta karmione piersią mają zwykle wyższe średnie stężenie bilirubiny. Uważa się, że jest to zjawisko fizjologiczne i istnieją pewne dowody na to, że bilirubina u noworodków jest korzystna, ponieważ bilirubina jest silnym przeciwutleniaczem¹⁵⁶. Niedostateczne spożycie przez niemowlę karmione wyłącznie piersią w pierwszych dniach życia może jednak wiązać się z patologiczną hiperbilirubinemią. Badanie udokumentowało, że zmniejszona częstotliwość karmienia piersią, zwłaszcza ≤ 7 razy dziennie, wiąże się z wyższym stężeniem bilirubiny, podczas gdy karmienie piersią 9–10 razy dziennie wiąże się z niższym stężeniem bilirubiny¹⁵⁷. W razie potrzeby suplementacja u niemowląt powinna obejmować odciągnięte mleko matki. Karmienie siałą zwiększa ilość stolca u noworodka, co zwiększa wydalanie bilirubiny w stolcu. Konieczność fototerapii u skądinąd zdrowego niemowlęcia, bez objawów odwodnienia i/lub niewystarczającego spożycia, nie jest wskazaniem do suplementacji mlekiem modyfikowanym, chyba że stężenie bilirubiny zbliża się do poziomu transfuzji wymiennej. Niemowlęta wymagające fototerapii odnoszą korzyści, jeśli pozostają blisko matki, co ułatwia karmienie oparte na sygnałach od dziecka i dodatkowe wsparcie w karmieniu piersią”¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Hansen R., Gibson S., De Paiva Alves E. i wsp., *Adaptive response of neonatal sepsis-derived group B Streptococcus to bilirubin*, Scientific reports 2018, 8(1):6470, <https://doi.org/10.1038/s41598-018-24811-3> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁷ Hassan B., Zakerihamidi M., *The correlation between frequency and duration of breastfeeding and the severity of neonatal hyperbilirubinemia*, Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2018, 31(4):457–463, <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1287897> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁸ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use...*, j.w.



W poniższym przykładzie kobieta opowiada o praktyce stosowanej w szpitalu w Niemczech. Warto nakreślić szerszy kontekst opieki w tym szpitalu, aby pokazać jak bardzo wspierano w nim laktację (o czym świadczą również wcześniej cytowane fragmenty opowieści kobiety).

„Pierwsze dziecko rodziłam w Niemczech. Drugie dziecko rodziłam w Polsce. Widzę jak gigantyczna jest przepaść między opieką laktacyjną tam, a tutaj. Fakt, że wybierałam szpital pod laktację wtedy. Tutaj nie miałam takiej możliwości, bo teraz mieszkam na wsi. Wtedy mieszkałam w Berlinie i miałam 15 szpitali do wyboru. Tu miałam dwa w tym momencie, więc nie mogłam sobie pozwolić na znalezienie szpitala, który ma profil jaki mi odpowiada, ale mimo wszystko czułam rozczarowanie, jak to wygląda, więc postanowiłam zgłosić się do wywiadu pogłębionego, żeby ponarzekać trochę albo zwrócić uwagę na rzeczy, które można by poprawić. Szpital w Niemczech nie przyjmował porodów bardzo powikłanych, wszystkie musiały być donoszone. Oni nie robili cesarek planowych, w sensie tylko mieli spontaniczne, bo zakładali, że są szpitalem do rodzenia naturalnego. Mieli bardzo niski odsetek cesarek, chyba 7%. Plus dziecko cały czas przy mamie. Bardzo bliski szpital, nastawiony na kontakt mama z dzieckiem, że te dwie godziny muszą być. Faktycznie te dwie godziny, że wychodzą, że światła są przygaszone, że człowiek sobie siedzi. Taki szpital wybrałam i oni naprawdę się wywiązywali ze wszystkiego. Byłam bardzo zadowolona z opieki i z tego jakie było podejście. Na przykład moje dziecko miało bardzo wysoką żółtaczkę, taką na granicy praktycznie lamp, ale nie na tyle, żeby naświetlać i to co oni cały czas mówili »Proszę jak najwięcej karmić piersią. To wszystko się wypłucze«. Moja położna, ta która przychodziła do mnie, faktycznie kontrolowała zażółcenie dziecka.



Cały czas tylko zachęcali, żeby karmić, więc było takie wsparcie. Wiem, że przy karmieniu piersią się ta żółtaczka przedłuża i czasami nie jest to takie mile widziane, że kobieta karmi piersią. Tam odwrotnie właśnie, zachęcali, żeby jak najwięcej karmić". (K26)

Również w przypadku innych kobiet, które rodziły już polskich szpitalach, zachęcano do jak najczęstszego karmienia piersią.

„Przy mojej młodszej córce trafiła się żółtaczka i pani doktor powiedziała, że aby tej bilirubiny jak najszybciej się pozbyć, to żebym ją bardzo często przystawiała. Nastawiła budzik i nawet w nocy w te pierwsze dni starała się co te 2 godziny przystawić. Nawet co godzinę chociaż troszkę, żeby się napiła. Efektem ubocznym tego, że musiałam ją tak przystawiać, bo miała tę żółtaczkę, a zależało mi też na tym, żeby jak najszybciej wyjść ze szpitala, bo miałam 2 córkę w domu i wiadomo emocje, to wszystko, w związku z tym nie miałam przez to nawału, w sensie nie odczułam go. Bardzo często jest tak, jak z pierwszym dzieckiem, że przez tę pierwszą dobę jest taka ospałość dziecka, drugiej doby jest trochę gorzej i musi się wszystko rozkręcić, a potem przychodzi ten nawał, panika i w ogóle. A tutaj od samego początku, jak tylko powiedziała mi pani doktor, że nie no muszę, muszę ją karmić, żeby tę bilirubinę wypłukać, to ja potem czekałam na ten nawał, czekałam, a wszystko poszło gładko i płynnie" (K8).

„5 dni - żółtaczka fizjologiczna u dziecka. Na szczęście słyszałam, że dziecko jak najbardziej i jak najczęściej przystawiać do piersi. Położna laktacyjna, przy nawale laktacyjnym tłumaczyła, że to



normalne, laktacja musi się ustabilizować. Pomoc zaspokoila moje potrzeby. Położna pomogła mi przy pozycjach oraz przy tym, aby dziecko dobrze łapało pierś (problemy z dużym biustem)". (A1117)

W kolejnym przypadku kobieta miała doświadczenie z pierwszym dzieckiem, które miało problemy z przybieraniem na wadze i żółtaczką. Wiedza, którą zdobyła, pozwoliła czuć jej się pewnie z karmieniem drugiego dziecka i w tym przypadku przebieg żółtaczki był zdecydowanie łagodniejszy.

„W kwestii karmienia byłam pewna siebie. Po pierwsze, że miałam mleko. Po drugie wiedziałam, jak przystawić dziecko, żeby zrobiło tego karpika i żeby objęła całą brodawkę. Cały czas słyszałam przełykanie, miałam świadomość, że pije. Też dobrze przybierała. I też, co mnie zaskoczyło, bardzo szybko zeszła jej żółtaczka. Z pierwszym dzieckiem było tak, że dłużej szło wszystko. Wtedy zbyt szybko zgodziłam się na dokarmienie mieszanką. Zostałam poinformowana, że dzięki temu szybciej żółtaczka zniknie (co okazało się złudne), a ja miałam już dość szpitala i zaczynał się baby blues. Tutaj zaś bardzo szybko to zeszło. Pomoc też była. Pani przyszła, zobaczyła w jaki sposób przystawiam dziecko, pytała, ile kup i tak dalej. Oceniła skuteczność karmienia. Naprawdę byłam pod wrażeniem jak dużo tego siku i kup przez ten czas cała mała robiła. Faktycznie dużo jadła. Gdyby nie to, że miałam poród mimo wszystko zabiegowy, no to byśmy nawet dzień wcześniej wyszły, bo mała już miała dobre wyniki, a ta żółtaczka nie była już taka wysoka". (K23)



Często jednak dokarmianie mieszanką było „sposobem” na zabicie żółtaczkę, a czasem również jedynym rozwiązaniem bez jednoczesnego zaoferowania pomocy w skutecznym karmieniu piersią lub mlekiem matki.

„Na początku mało kto się interesował, ale przyszła zmiana, gdzie panie same przychodziły i pytały o dostawianie. U mnie od początku mała bardzo ładnie łąpała, więc nie miałam większych problemów. Tylko mało przybierała przez żółtaczkę (pracowałam laktatorem). Jedynie problem jest, że proponowały mi dokarmianie małej bez próby pracy ze mną (to była konkretna osoba), ale tego ja nie chciałam. Widziałam, że inna pani koleżance najpierw pomagała karmić jej mlekiem i nie chciała jeszcze dawać mleka modyfikowanego, jeśli nie ma takiej potrzeby”. (A951)

„Personel tylko rzucił okiem na nasze karmienie. Mówili, że wygląda ok. A jak dziecko nie przybierało na wadze, to sugerował wprowadzić mleko modyfikowane, bo była żółtaczka”. (A1746)

„Syn został potraktowany mieszanką od razu. Nikt tego ze mną nie konsultował. Gdy zapytałam, to położna/pielęgniarka powiedziała mi, że to konieczne, bo ja jeszcze nie mam pokarmu po cięciu cesarskim, a dziecko musi jeść by zwalczać żółtaczkę. Kazano mi »przystawiać«, ale w jaki sposób, jak często, cokolwiek - nikt nie powiedział”. (A204)

„Jedna z położnych powiedziała, że mam za mało pokarmu, sugerowała używanie laktatora oraz dokarmianie mieszanką, szczególnie by szybciej zesła dziecku żółtaczka” (A1408)



„Córka dostała tylko raz mieszankę, bo była zbyt senna przez żółtaczkę i nie jadła z piersi, polecono mi, że im więcej zje tym szybciej minie żółtaczka, a ja nie chciałam przez to być dłużej w szpitalu”. (A1522)

„Syn miał żółtaczkę. No i położna mówi »No podaj tę mieszankę, bo przyjdzie pani doktor, będzie kazała wam kroplówkę podać, będziecie dłużej leżeć, daj tę mieszankę dla świętego spokoju«. Także dostał, a też już z tego co czytałam gdzieś, to się nie podaje mieszanki, że to już jest przestarzała metoda, mieszanka, glukoza i tak dalej, że pierś matki jest wystarczająca”. (K18)

„Wyraziłam zgodę na dokarmianie mieszanką, postraszona, że żółtaczka dziecka w pierwszej dobie to coś poważnego i dokarmianie pomoże, bo na moim mleku będzie ciężko obniżyć poziom bilirubiny”. (A1728)

„Większość położnych bez certyfikatu CDL, bez pojęcia o karmieniu piersią, naciskała na dokarmianie mieszanką »Zagłodzi Pani dziecko« itp. Jedna położna, która była doradczynią CDL w 3 dobie przyszła i pokazała jak prawidłowo przystawiać i problem się rozwiązał. Gdyby CDL była dostępna od razu po porodzie, dziecko nie wymagałoby mleka modyfikowanego, nie rozwinęłoby żółtaczki i nie wymagałoby fototerapii”. (A2064)

Jedna z kobiet opowiedziała o przypadku ospałości swojego dziecka i o tym jak prosiła o pomoc personel medyczny, by móc je skutecznie karmić. Jak się później okazało, ospałość była wynikiem żółtaczki, jednak na tamtym etapie personel zignorował objawy.



„Dziecko generalnie bardzo ciężko się przystawiało do piersi dlatego, że miało tą żółtaczkę taką na granicy już momentu, w którym trzeba naświetlać. Przez tą żółtaczkę bardzo mi dużo spało, bo tak podobno przy tej żółtaczce jest. Chociaż ja tego wtedy jeszcze nie wiedziałam w szpitalu. Dopiero później się o tym dowiedziałam i przez to, to dziecko było mi bardzo trudno przystawić. Ja nie byłam w stanie tego zrobić sama. Po prostu co karmienie, co te 2,5 godziny, szłam do położnej i prosiłam o pomoc, żeby przyszła i pomogła to dziecko przystawić. No i po prostu chyba dla nich to było już tak uciążliwe czasami – mówię zależało od zmiany oczywiście – ale to było tak uciążliwe dla nich, że ja tam chodzę, że po prostu w pewnym momencie usłyszałam: »No to nie, to trzeba podać butelkę«. A że ja wtedy, wiadomo emocje okołoporodowe jeszcze i baby blues, właśnie miałam problem z tym, że nie potrafię nakarmić swojego dziecka. Jakoś tak w ogóle o tym nie pomyślałam, że to nie jest moja decyzja do końca. Jakby nie byłam w stanie sama pomyśleć o tym i zdecydować, bo po prostu wtedy byłam tak sfrustrowana, że nie potrafię nakarmić swojego dziecka, byłam tak zrezygnowana, łącznie z tym, że z jednej strony bardzo chciałam wyjść do domu, bo wiadomo, bardzo tam w szpitalu nie jest przyjemnie być, jeszcze właśnie samemu bez żadnych odwiedzin, to moje pierwsze dziecko, więc też jakaś w ogóle nowa sytuacja tak całkowicie, a z drugiej strony bardzo bałam się wyjścia do domu, bo mówię kurczę przyjdę do domu i nie będę potrafiła nakarmić swojego dziecka i co ja zrobię. Tutaj położna przyjdzie i jako tako mi to dziecko przystawi do piersi, a w domu? Miałam takie obawy po prostu”. (K10)



Czasem konieczne jest wdrożenie naświetlania noworodka w celu zbicia poziomu bilirubiny, co jak widać w poniższych przykładach oraz co ma poparcie w cytowanych wyżej rekomendacjach, nie musi się wykluczać z karmieniem wyłącznie mlekiem matki. Warto podkreślić, że w tych przypadkach dzieci NIE były dokarmiane mieszanką. Kluczowe są pomoc i instruktaż personelu szpitala.

„Silna żółtaczka, fototerapia dniami i nocami. Noworodka dostawałam na czas karmienia”. (A1775)

„W 4 dobie kazano odciągać mi mleko laktatorem ze względu na żółtaczkę synka. Synek leżał pod lampą i kazano karmić mi odciągniętym mlekiem, żeby nie przebywał za długo poza lampą. Wtedy odciągałam 40ml z obu piersi, usłyszałam wówczas, że to dobra ilość”. (A215)

„Neonatolog stwierdził, że mam chyba coś nie tak z pokarmem, skoro syn non stop chce wisieć przy piersi, a jego zdaniem powinien być non stop pod lampami naświetlany, bo miał żółtaczkę. Doradczyni laktacyjna sprawdziła, czy mam pokarm i stwierdziła, że jest wszystko ok i to normalne, że mały chce być przy mnie cały czas, a nie leżeć pod lampami”. (A1712)

„Bardzo pomocna doradczyni laktacyjna uratowała mnie. Zbadła jamę ustną dziecka, pokierowała do neurologopedy, sprawdziła sutki, doradziła wielkość lejka laktatora (miałam swój, dokarmiałam moim ściągniętym mlekiem, bo dziecko miało żółtaczkę i miało dużo leżeć pod lampą, a ze względu na wędzidełko karmienia z piersi trwały za długo, więc karmiłam pół na pół, ale zawsze



swoim mlekiem). Pomagała także w przystawianiu, zejściu z karmienia w nakładkach. Również po wyjściu do domu umówiłam się na wizytę u pani B. w poradni przyszpitalnej, którą prowadzi. Po konsultacji z neurologopedą i laryngologiem po zabiegu podcięcia wędzidełka skontrolowała pozycję i uchwyt dziecka”.

(A671)

Czasem, gdy spadki na wadze są zbyt duże, konieczne jest dokarmianie mieszanką. Niestety, w poniższej historii po raz kolejny użyto argumentu „zagłodzenia” dziecka. W tym przypadku wiedza kobiety, która korzystała wcześniej z rzetelnej edukacji przedporodowej i jej nastawienie na karmienie własnym mlekiem miały ogromne znaczenie. Personel wiedząc, że matka wcześniej nie zgodziła się na dokarmienie mieszanką, ostatecznie udzielił jej wsparcia w stymulacji laktacji udostępniając laktator i przeprowadzając instruktaż odciągania pokarmu.

„Byłam cała przerażona, bo pani neonatolog podczas sprawdzania z rana, czy wszystko jest ok z maluchem, powiedziała »A wejdzie pod lampy«. Nie spodobał im się, bo był za bardzo pomarańczowy. Sprawdzone poziom bilirubiny i lekarka stwierdziła, że no musi wejść pod te lampy. Nie wiedziałam w ogóle o co chodzi. Za bardzo nikt mi nie wytłumaczył. Neonatolog nie wiedziała, jak długo będzie pod tymi lampami. To mógł być dzień, dwa dni. Chodziło o to, żeby zbić poziom bilirubiny zbyt wysoki. Wyszło tak, że ja miałam za zadanie odciągać swoje mleko. Dodatkowo ze względu na to, że też waga trochę mu schodziła neonatolog nakazała, że będzie karmiony sztuczną mieszanką. »Bo my nie możemy zagłodzić. Pani musi się zgodzić na to«. Postawiła mnie przed faktem dokonanym. Pewnie bardzo się wzbraniałam, bo wcześniej, kiedy młody tak nie chciał jeść to się położyła pytała, czy chcę mieszankę, czy tylko



moje mleko. Mówię, że spróbuję odciągać, że sztucznego nie chcę. Bardzo byłam nastawiona, żeby przede wszystkim swoje mleko dawać, bo wiadomo najlepiej dostosowane do malucha. Na szkole rodzenia panie położne pokazywały tabelkę z zestawieniem jakie właściwości ma mleko mamy, a co ma sztuczne mleko. Mieszanka jest przetworzona i nawet jeżeli by miała pozytywne bakterie, to one są martwe, bo są zabite ze względu na przechowywanie tych mieszanek. Dostałam wtedy laktator, żeby odciągać i tak patrzyłam, że najpierw parę mililitrów. Byłam trochę zrezygnowana, bo oczekiwałam, że będzie więcej tego mleka na początku, ale później myślę sobie »No chwila. przecież maluszek ma taki malutki ten żołądek, więc nie potrzeba więcej«. Byłam zadowolona bardzo, bo baby blues, ale postanowiłam podejść do tego zadaniowo. Faktycznie co 2 godziny się budziłam i odciągałam. Nastawiałam sobie budzik. Jedna pierś 7 minut, druga 7 minut, tą metodą 7 7 5 5 3 3. Odciągałam i karmiłam syna. Później prosiłam o tę mieszankę 20 ml mleka sztucznego. Najpierw swoje mleko, później dobijałam tą mieszanką, no i do spania dalej. Syn miał tam 32 stopnie, więc właściwie cały czas spał i ja się cieszyłam, a później sobie myślałam »No i za 2 godziny znowu to samo«. Mówię »No dobra. Trzeba przeżyć«. Następnego dnia podczas ważenia miał pobieraną krew pod kątem sprawdzenia bilirubiny, no i pani neonatolog powiedziała, że bilirubina spadła, więc ja się ucieszyłam, że już nie musiał być pod tą lampą. Był tam 24 godziny - tak mniej więcej wystarczyło. Potem właściwie miałam za zadanie dodatkowo karmić piersią i dodatkowo odciągać, żeby więcej karmić młodego, gdyż jeszcze cały czas ta waga była trochę za niska". (K13)



W kolejnej historii również uderza sposób komunikacji personelu, ale też brak diagnozy umiejętności ssania dziecka, brak oceny jamy ustnej i diagnozy zbyt krótkiego wędzidełka. Problemy z realizacją takich diagnoz w szpitalach sygnalizowałyśmy w poprzednim podrozdziale. Takie trudności ze ssaniem u noworodka mogły skutkować pogłębieniem żółtaczki. To, jak zakończyła się historia tej kobiety, sprawia, że warto poznać jej opowieść w całości:

„Po porodzie z przystawieniem dziecka do piersi nie było problemu. Dostałam go zaraz po porodzie, przystawiłam do piersi i był dwugodzinny kontakt skóra do skóry. Urodziłam późnym popołudniem, więc przed nami była pierwsza noc. W nocy też, ile się dało dziecko przystawiałam, tym bardziej że ono domagało się tej bliskości i kontaktu. Natomiast od samego początku problem był z bolesnością. Kolejnego dnia, jak przyszła położna na obchód to wspominałam o tym, że przystawianie do piersi jest dla mnie bardzo bolesne. Zaczęły się już nawet robić jakieś takie ranki pierwsze od długiego czasu, jaki dziecko spędzało na piersi. W zasadzie nikt nawet nie przyjrzał się dokładnie czy przystawiam syna prawidłowo, czy coś jest nie tak. Dostawałam tylko informację na zasadzie, że piersi muszą się przyzwyczaić i żeby próbować dalej. Byłam przeczulona na punkcie wędzidełka, bo po prostu wcześniej wyczytałam o tym, że to sprawia często problemy przy karmieniu, a byłam świadoma, że u męża od dziecka z wędzidełkiem był problem, więc wspominałam o tym też położnym w szpitalu, natomiast żadna nawet nie zaglądała do buzi dziecka. Szczerze mówiąc nie wiem, czy akurat tego nie byłam świadoma, ale nie wiem, czy gdybym poprosiła, to czy w ogóle mieli jakąś doradczynię laktacyjną, która by mogła przyjść pomóc to ocenić. W każdym razie, bolesność była coraz większa.”



Próbowałam karmić z nakładkami, ale to akurat na ból mi nie pomagało. Syn też miałam wrażenie, że nie do końca chciał przez te nakładki jeść, więc to było takie pół na pół. Czasami z nakładką, czasami bez. Tak przeszliśmy w zasadzie pierwszą dobę w szpitalu i drugiej doby w trakcie wizyty u pediatry po ważeniu i zabiegach, lekarka stwierdziła, że synek jest niedożywiony, że jest niedokarmiony przez to, że nie podaję mu mleka modyfikowanego. Mimo, że spadek na wadze był 5,5%. Ta sama pediatra zapytała położną, która stała obok, czy ona też nie uważa, że on jest jakiś taki niedożywiony. »Tak, tak, wygląda na zagłodzonego po prostu«. Wpadłam w lekką panikę, a że to była położna z oddziału noworodków, więc inna niż ta, która była na oddziale położnictwa, gdzie leżałam, to jak wróciłam na salę z informacją, że mój syn jest niedożywiony, to trochę w panice próbowałam zasięgnąć porady tej położnej na moim oddziale. Doradziła mi, że bym spróbowała laktatorem ściągnąć i zobaczyć, co się wydarzy. Mimo tego, że już byłam dość mocno obolała to jeszcze próbowałam przystawić ten laktator. To była 2 doba po porodzie to ściągnęłam chyba 30 ml tego mleka w 15 minut, więc no teraz z perspektywy czasu zdaję sobie sprawę, że to był całkiem niezły wynik, ale przystawianie dalej było problematyczne. Syn zresztą zaczął troszkę mniej chętnie jeść. Więcej przysypiał. Podeszłam więc do pierwszej próby i podałam mu butelkę to mleko, które odciągnęłam, ale on też nawet za bardzo nie chciał z tej butelki wtedy pić. Wieczorem przyszła położna na badanie bilirubiny u dziecka i się okazało, że po prostu synkowi zaczyna wzrastać bilirubina. W związku z tym prawdopodobnie był już trochę ospały od żółtaczki. Spędziłam pół nocy w zasadzie walcząc, bo dostałam informację, że jeżeli wyjdzie żółtaczka to musimy zostać dłużej i dalsze działania będą podjęte. Całą noc



nie spałam i walczyłam z tym, żeby jak najwięcej go nakarmić, ale on praktycznie nie był w ogóle zainteresowany jedzeniem tej nocy. Chyba po prostu już był taki ospały i to już nawet też podjęłam próbę dokarmienia go mlekiem modyfikowanym z butelki, ale to się też kończyło kilkoma łykami i w zasadzie tyle. Następnego dnia na wizycie okazało się, że syn ma po prostu żółtaczkę, choć nie na jakimś bardzo wysokim poziomie, z tego co mi powiedziała później doradczyni laktacyjna, która weryfikowała wyniki. Wtedy ta sama pediatra, która dzień wcześniej stwierdziła, że syn jest niedożywiony powiedziała mi, że żółtaczka jest na moje życzenie, bo nie karmiłam dziecka dodatkowo mlekiem modyfikowanym wcześniej i że dlatego zostajemy dłużej w szpitalu, a syn musi trafić pod lampy i będzie naświetlany. Wtedy to już w zasadzie była taka walka. On musiał leżeć pod tą lampą jak najwięcej, żeby jak najszybciej schodziła żółtaczka, więc jak go zabierałam to karmienie trwało z piersi bardzo długo. Bałam się, że za długo go karmię piersią, że on jest za mało naświetlany, więc znowu było podawanie mleka modyfikowanego, bo z butelki leciało szybciej. W międzyczasie odciągałam co się dało, ale nie było dużych ilości, więc ile byłam w stanie tyle podawałam swojego, a reszta była mlekiem modyfikowanym z butelki. Tak trwało naświetlanie niecałe półtorej doby, ale byłam wykończona po tym czasie. Co chwilę pilnowałam, jak on leżał na brzuszku pod tą lampą. Całe szczęście, że lampa była u mnie na sali. Po 5 dobach okazało się, że żółtaczka zeszła w miarę i udało się wyjść do domu, tyle że już w dniu wypisu w zasadzie byłam podłamana, wydawało mi się, że synek w ogóle nie chce pić mleka z piersi i że już tylko butelka mu pasuje. Łatwo sobie wyobrazić, kobieta po pierwszym porodzie, schodzą te wszystkie hormony i jeszcze dostaje takie



informacje zwłaszcza od tej pediatry. Nie wyobrażam sobie, jak można w taki sposób traktować kobietę po porodzie i mówić takie rzeczy, które w dodatku są całkowicie niezgodne z prawdą. O ile z perspektywy czasu jestem w stanie podejść do tego racjonalnie i wiedzieć, że ona nie miała racji, wtedy to było bardzo ciężkie, zwłaszcza, że to było w pandemii. Chciałam wyjść do domu, bo mąż nie mógł nas odwiedzać. To było siedzenie samemu w szpitalu z natłokiem myśli i hormonów, i pierwszym dzieckiem, z którym nie wiadomo do końca, jak postępować. Kiedy do domu przyszła prywatna doradczyni laktacyjna, która zweryfikowała właśnie całą sytuację z tą żółtaczką w szpitalu i z tym dokarmianiem, to ona mi była w stanie dopiero sensownie udzielić informacji, ile, przez jaki czas mam dokarmiać. Jak działać z laktatorem. Pierwsza rzecz też sprawdziła wędzidełko i mówiła, że to jest tak jawne wędzidełko skrócone, że tu po prostu nikt nie miałby najmniejszych wątpliwości, że to wymaga ingerencji dalszych. Zresztą my z mężem jak patrzyliśmy na to, będąc kompletnie nieświadomi, jak wyglądają inne sytuacje z wędzidełkami, to było widać, że coś jest nie tak z tym języczkiem. Ona podała mi kilka kontaktów do neurologopedów, do lekarza, który zajmuje się podcinaniem wędzidełek, zaleciła masaże. Dzięki tej doradczynie laktacyjnej wszystko się udało szybko ogarnąć. Dodatkowo udało się bardzo szybko umówić na wizytę do lekarza, który podciął wędzidełko, bo całe szczęście noworodki miały u niego pierwszeństwo. W niecały tydzień się udało. W międzyczasie odciągałam dokarmiałam minimalnie już, bo całe szczęście coraz więcej tego mleka było. Byłam w stanie odciągać na tyle, że większość dokarmień było moim mlekiem. Po podcięciu wędzidełka w 3 dni przyszedł nawał w końcu, którego wcześniej nie



było. To wędzidełko było jednym z dużych problemów, którego nikt wcześniej na NFZ w ogóle nie diagnozował, mimo że było bardzo widoczne. Już w momencie podcięcia wędzidełka dokarmałam raz dziennie albo 2 i to tylko swoim mlekiem, bo tyle byłam w stanie już odciągnąć i po trzech dniach od podcięcia jak już syn zaczął całkowicie swobodnie poruszać języczkiem, mieliśmy masaże wiadomo, ale pamiętam, że dokładnie po 20 dniach udało się już przejść całkowicie na karmienie piersią". (K34)

Determinacja kobiety i prywatna pomoc, jaką sobie zapewniła, sprawiły, że ostatecznie udało jej się karmić dziecko bezpośrednio z piersi. Kobieta w szpitalu miała wywołane przez personel medyczny poczucie winy za to, że próbowała karmić piersią. Lekarka zaleciła mieszankę już w drugiej dobie pomimo spadku wagi mieszczącego się w normie fizjologicznej, natomiast nie zaleciła żadnych kroków w celu skutecznego nakarmienia bezpośrednio z piersi, czy odciągniętym mlekiem, w naszej opinii łamiąc w ten sposób zapisy S000. Pomimo że jedna położna zaleciła stymulację laktacji i pozyskiwanie mleka z piersi, to kobieta nie otrzymała instruktażu w tym zakresie. Nie było również mowy o żadnych alternatywnych metodach podawania pokarmu, które mogłyby się okazać bardziej skuteczne niż karmienie z butelki ospałego dziecka i zmniejszyłyby ryzyko zaburzeń ssania. Ile podobnych historii kończy się sukcesem w karmieniu piersią?



Problem!

Bywa, że personelowi medycznemu łatwiej jest zalecić podanie mieszanki dziecku z żółtaczką, niż pomóc skutecznie karmić je piersią lub mlekiem matki, mimo że aktualne zalecenia wskazują iż ważne jest jak najczęstsze karmienie dziecka piersią, a skuteczne pobieranie pokarmu matki jest kluczowe dla szybkiego wydalania bilirubiny przez noworodka z żółtaczką.



W przypadku, gdy konieczne jest dokarmianie dziecka, warto zastosować alternatywne do butelki metody podawania pokarmu. Stosowanie tych metod może zniwelować potencjalne trudności ze ssaniem piersi, gdy konieczne jest dokarmianie lub pomoc dziecku w nauce prawidłowego ssania piersi. Nieumiejętnie używana butelka ze smoczkiem może pogłębić trudności ze ssaniem piersi. Neurologopedka, z którą rozmawialiśmy wymieniła niektóre z alternatywnych metod.

„W tych pierwszych dobach dziecko na tyle mało pokarmu potrzebuje, na tyle małe są te objętości, że mamy naprawdę różne rozwiązania – od drenu przez kubeczek, łyżeczkę, są takie specjalne butelki zakończone łyżeczką, a nie smoczkiem i to wszystko w tych pierwszych dobach by się super sprawdziło, bo to nie są ilości jakiegokolwiek takie duże a noworodki sobie doskonale z tym radzą. Wbrew pozorom, nie prowadziłam statystyk, ale tak na wyczucie, myślę, że więcej noworodków poradzi sobie z kubkiem niż butlą właśnie, tylko to znowu wymaga czasu, bo musi być ktoś, kto pokaże to mamie, jak ma to robić i posiedzi chwilę przy niej pokaże, jak to zrobić, co jest bezpieczne, a co nie jest bezpieczne”.
(P9)

Dokarmianie kubeczkiem jest bezpiecznym alternatywnym sposobem dokarmiania nie tylko dlatego, że zapewnia dzieciom swobodę poruszania językiem, co jest bliższe odruchowi ssania towarzyszącemu karmieniu piersią, ale również jest bezpieczniejsze ze względów higienicznych: „Do karmienia można użyć jakiegokolwiek czystego, otwartego kubka z gładką powierzchnią [...] Kubki łatwo jest umyć w gorącej wodzie z detergentem”¹⁵⁹. Karmienie kubkiem można stosować u dzieci w każdym wieku i jest ono bezpieczne także dla wcześniaków i dzieci chorych oraz jest wymieniane jako sposób dokarmiania, podczas

¹⁵⁹ La Leche League International i IBFAN, *Karmienie kubeczkiem*, <https://lilli.org/wp-content/uploads/colour-Polish-final-1.pdf> [dostęp. 30.11.2023]



klęsk żywiołowych, kiedy może być ograniczona możliwość sterylizacji butelek i smoczków¹⁶⁰.

Istnieje również metoda dokarmiania sondą/drenem/cewnikiem, które poprowadzone są przy piersi do ust dziecka. Dziecko ssąc pierś zasysa jednocześnie mleko matki lub mieszankę znajdujące się w pojemniku/butelce/strzykawce po drugiej stronie rurki. Brakuje wytycznych stosowania takiej metody dokarmiania i jest to sposób na wykorzystanie narzędzi tzw. „off label”, czyli niewynikający z ich pierwotnej funkcji, dlatego należy zwrócić baczną uwagę na higienę tego typu rozwiązań (np. stosowanie jednorazowych drenów). Metoda ta jest stosowana przez wiele osób zajmujących się laktacją.



Droga kobieto!

Karmienie kubeczkem jest wygodną i bezpieczną opcją podawania pokarmu. Instrukcję (po angielsku), jak to robić znajdziesz na stronie amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC):

<https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/cup-feeding.html>

oraz La Leche League International (po polsku):

<https://lilli.org/wp-content/uploads/colour-Polish-final-1.pdf>

Sonda, dren czy cewnik przy piersi to długa rurka, przez którą dziecko może zasysać odciągnięte mleko matki lub mieszankę.

Pokarm znajduje się w dedykowanym pojemniku, butelce, kubeczku bądź strzykawce. Warto zasięgnąć porady osób doświadczonych, znających się na metodach alternatywnego dokarmiania (doradczynie laktacyjnej CDL, konsultantki laktacyjnej IBCLC czy położnej z aktualną wiedzą o laktacji), aby wdrożyć dokarmianie takim sposobem.

¹⁶⁰ CDC, *Cup Feeding Infants During Emergencies*, 2023, <https://cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/cup-feeding.html> [dostęp: 30.11.2023]



Niestety, alternatywne metody podawania pokarmu nie są popularne, a powszechną metodą pozostaje butelka wbrew zaleceniom chociażby WHO¹⁶¹. Pokazuje to wiele do tej pory podawanych przykładów, jak i kolejne.

„Personel nie był zainteresowany pomocą. Wręcz wymuszał dokarmianie mieszanką, żeby się dziecko najadło i poszło spać. Bo na moim mleku podobno cały czas było głodne. Zaproponowano mi, abym odciągnęła mleko laktatorem to sprawdzimy, ile mam go w piersiach. Jak można się domyślić było tego niewiele. Po dwóch nieprzespanych nocach z płaczącym dzieckiem na rękach przy braku wsparcia kogokolwiek, dostałam laktator nawet bez omówienia, jak odciągać. Przy prośbie o udostępnienie strzykawki, aby podać dziecku odciągnięte mleko, aby nie przyzwyczajać go do butelki zostałam wyśmiana, że tak się nie robi, bo pani położna tego nie lubi i nie wyda mi strzykawki. Dopiero po moim płaczu i totalnym rozsypaniu się dostałam strzykawkę, z komentarzem: »To matka decyduje, proszę«". (A45)

„Byłam przygotowana, że nie powinno się dawać mleka modyfikowanego na początku, że nie powinno się dawać butelki ze smoczkiem, że są inne sposoby dokarmienia, a w szpitalu tak jakby to nie istniało. Zupełnie inaczej postępowano". (K35)

„Chyba przez skrócone wędzidełko cały czas miałam problemy z nakarmieniem. Personel był pomocny w zależności od zmiany.

¹⁶¹ WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, s. xi, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]



Trafiały się młode położne, które nie potrafiły zbytnio pomóc, dużo sprzecznych informacji. Po dwóch dobach cukier dziecka spadł, pojawiała się żółtaczka. Wtedy udało mi się dostać laktator i zaczęłam pracę z laktatorem. Dziecko dokarmałam swoim pokarmem i częściowo mieszanką. Prosiłam położne o naukę dokarmiania strzykawką, cewnikiem, ale albo mówiły, że nie mają na to czasu, albo że sobie i tak nie poradzę, albo że muszę umieć też karmić butelką. Na szczęście na następny dzień była CDL i nauczyła mnie pracy ze strzykawką i cewnikiem (w sensie domowej roboty SNS". (A329)

Często wiedza kobiet o alternatywnych metodach karmienia zdobyta w trakcie edukacji przedporodowej, w szkołach rodzenia czy z innych rzetelnych źródeł jest podważana, wyśmiewana. Jedna z autorek raportu prowadząc wywiad pogłębiony podzieliła się swoją historią.

„U córki zdiagnozowane hipotrofię, choć nie doszło do zatrzymania wzrostu płodu. Ona po prostu była malutka, tak jak ja przy porodzie. Dodatkowo urodziła się 4 tygodnie przed terminem przez CC, a ja miałam niedoczynność tarczycy. Nie wierzono, że mogę karmić piersią. Położne cisnęły, aby podać mieszankę. Po konsultacji telefonicznej z moją położną środowiskową powiedziałam »Dobrze, to już proszę podać, tylko bardzo bym prosiła nie przez butelkę, tylko jakoś inaczej«. Położna z oddziału mi odpowiedziała: »Bzdur się pani naczytała« i dodatkowo podważała moja wiedzę, a żeby było śmieszniej, to na oddziale na korytarzu były napisane takie złote porady dla mamy, która zaczyna karmić piersią. Chyba nawet na pierwszym miejscu było, żeby nie karmić z butelki”.



Kobieta, która tę historię usłyszała, w odpowiedzi przytoczyła swoje przemyślenia. Sama jest lekarką. Zauważyła, że zbywano jej obawy co do karmienia butelką ze smoczkiem. Personel nie poczynił żadnych kroków, aby dokarmiać dziecko alternatywnie, np. drenem przy piersi, tym bardziej, że dziecko było regularnie przystawiane do piersi. Nawet jeśli w tym indywidualnym przypadku wskazane było użycie butelki, to nie wytłumaczono jak to może pomóc dziecku. Brak jasnego komunikatu, wyjaśnienia często podważa zaufanie pacjentek do personelu medycznego.

„Po szkole rodzenia byłam zdeterminowana, że karmienie piersią, to jest coś co może mi się udać, o co trzeba może troszkę zawalczyć. Mówiono o laktatorach, żeby wziąć do szpitala. To też zadziało w drugą stronę, bo strasznie wojowałam z oddziałem neonatologicznym, za co teraz trochę jest mi głupio, ale im mówiłam, żeby w życiu żadnym smoczkiem nie karmiły, że może ze strzykawki albo z kubeczka i to było takie ze szkoły rodzenia, co no też ma sens, aczkolwiek moje dziecko, ani odruchu ssania za bardzo nie miało, bo było chore, więc czymkolwiek by je nakarmić to by było dobrze, a to żeby je tam posmyrać i troszkę postymulować tym smoczkiem z butelki, to raczej było wskazane, a ja byłam taka strasznie przestraszona tym, że ten smoczek to już koniec. Z taką myślą generalnie szłam rodzić pierwsze dziecko, że to jest coś co po prostu zabije moją laktację. To są trudne tematy, nie znam rozwiązania. Chyba trochę wyparłam tych takich złych rzeczy, ale też coś takiego słyszałam od personelu »Kto to pani powiedział«, »Ojeju, pani wymyśla« też padło. Mam trochę ogląd z dwóch stron i to mnie trochę smuci, że jest takie negatywne nastawienie, ale znowu edukacja. Na przykład jak ktoś właśnie mówi, że głupot się pani naczytała, to właśnie pani traci zaufanie, bo jednak skądś pani tę wiedzę czerpie. I to jest napisane też



na korytarzu na plakatach, a potem położna zachowuje się tak, jakby ona nie miała tej wiedzy, więc też ciężko teraz ufać”. (K41)

Zdarza się jednak, że metody alternatywne są proponowane, co obrazują poniższe przykłady.

„Dostałam bardzo dużo czasu i uwagi, przez 3 dni z rzędu. Przystawiałam dziecko do piersi, położna patrzyła, jak to robię, pomagała. Dokarmiłam dziecko mieszanką, ale z pomocą męża stosowaliśmy wprowadzenie cewnika do ust dziecka przy jednoczesnym podaniu piersi (sposób zaproponowany przez położną)”. (A1276)

„Moje dziecko nie mogło złapać piersi, pomoc polegała na próbach przystawiania, nauce odciągania ręcznego i laktatorem, nauce karmienia kubeczkiem i systemem SNS, ocenie i podcięciu wędzidełka języka”. (A1974)

Jedna z kobiet sama zadbała o zastosowanie jednej z alternatywnych metod w celu dokarmienia własnym mlekiem.

“Po pierwszej dobie dziecko mocno spadło na wadze. Pielęgniarka od razu przyniosła mieszankę, na którą się nie zgodziłam. Odciągnęłam ręcznie pokarm do kubeczka i kubeczkiem dałam dziecku. Od 3 doby nie było już problemów z przyrostem. Nikt mi nie proponował laktatora”. (A1512)



Położna pracująca jako doradczyni laktacyjna w szpitalu, która stosuje jedną z alternatywnych metod dokarmiania, opowiedziała nam o początkach swojej pracy:

„Idę korytarzem i mija mnie koleżanka z neonatologii i pierwsze pytanie, które mi zadała, jak przyszłam po raz pierwszy do pracy: »Też dokarmiasz tymi głupimi sondami?«, ale z drugiej strony jak trafiają dzieci do moich koleżanek położnych do środowiska i były dokarmiane sondą przy piersi, to one wiedzą, że to są dzieci ode mnie, że w żadnym innym szpitalu nikt tego nie robi. Także ja się staram bardzo to wprowadzać i mam koleżankę z noworodków i tutaj absolutnie muszę zaznaczyć jej obecność – mój anioł laktacyjny, który jak ma dyżury, to ja mam dużo mniej pracy na drugi dzień. I ona z tymi sondami wojuje i to jest dojrzała położna. 2-3 lata przed emeryturą, ale ona to po prostu czuje i to lubi i takich osób mi brakuje”. (P10)

Warto podać w tym miejscu przykład karmienia dziecka przy pomocy tzw. zestawu SNS przez jedną z kobiet, która udzieliła nam wywiadu. W przypadku tej kobiety dokarmianie tą metodą było konieczne w późniejszym okresie życia dziecka, jednak warto, aby taką metodę, czy też metody zbliżone, jak wspomniane karmienie sondą/drenem/cewnikiem przy piersi, były stosowane już w szpitalu.

„To nie jest popularne, ten zestaw SNS. Mamom się to wydaje zbyt skomplikowane, że przystawić z tym dziecko. My z mężem opanowaliśmy to do perfekcji, naprawdę. Karmiłam wszędzie. Nawet na weselu byliśmy razem. Poinstruowała mnie moja siostra. Ona bardzo chciała karmić dziecko, które słabo ssało, leniwie, nie miało ani wędzidełka skróconego, ani nic takiego i pojechała po poradę laktacyjną. Tylko, że to było na tyle późno, że ona już była



po próbie stymulacji laktacji metodą 7 5 3, co jej nie szło. Doradca powiedziała jej, że jest taka metoda SNS, że może to podpasuje, żeby spróbować i opowiedziała o tym. Miała u siebie taki zestaw pokazowy i mówiła, że to jest zestaw, który polepszy ten sposób karmienia, pozwoli utrzymać laktację, bo dziecko stymuluje pierś. Jednocześnie z tego SNS nie leci mleko tylko ono »kropelkuje«, ono kapie po prostu. Ona pierwsza to przeżyła, więc jak ja potem miałam podobne problemy, to poszłam po prostu utartą ścieżką”.
(K27)

Wciąż najczęstszą metodą dokarmiania pozostaje jednak butelka ze smoczkiem. Z naszych wywiadów wynika, że niestety często kobiety nie są instruowane jak prawidłowo dokarmiać dziecko z butelki. Jedna z kobiet uzyskała tę wiedzę poza szpitalem.

„Nikt mi nie pokazał, jak prawidłowo karmić butelką, skoro ta butelka już była konieczna. Jeżeli chodzi o prawidłowe karmienie butelką, żeby tego dziecka nie przekarmić i dobrać odpowiednie pozycje do karmienia butelką, dobrać smoczek i tak nic o tym nie wiedziałam”. (K37)

Na początku rozdziału cytowałyśmy S000, który wskazuje, że w przypadku dokarmiania mieszanką należy udzielić informacji matce o takim żywieniu. Mówiła o tym także neonatolożka, która udzieliła nam wywiadu, odwołując się do zasad postępowania w przypadku inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”:

„Proszę zdać sobie sprawę, że jeśli dziecko nie jest w dostatecznym stopniu karmione mlekiem mamy i potrzebuje dokarmienia i zleca się tę mieszankę, to nie jest to w większości placówek realizowane tak jak powinno być, zgodnie z ideą »Szpitala Przyjaznego Dziecku«.



Bo inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku« również bierze pod uwagę sytuacje, że dziecku może brakować mleka jego własnej mamy i że trzeba będzie to dziecko dokarmić, nie zabrania stosowania mieszanek, natomiast mówi: stosujcie, ale tylko i wyłącznie ze wskazań medycznych lub jeśli jest to świadoma, świadoma podkreślam decyzja matki, a nie decyzja, wybór konieczny, bo nie ma innego wyjścia po prostu, bo nie ma pomocy, więc jeśli są wskazania medyczne do zastosowania mieszanki, to można ją zastosować. Ale cóż mówi inicjatywa »Szpital Przyjaznego Dziecku«? Mówi, że personel placówki musi zostać wyedukowany i przeprowadzić w tej sytuacji edukację mamy w jaki sposób to mleko powinno być podane, w jakich ilościach powinno być podane, czyli taką edukację prowadzi w stosunku do matki dobrze przygotowany personel »Szpitala Przyjaznego Dziecku«. Nie zamyka szafy z mieszankami, nie zabrania stosowania mieszanek, pozwala na to, ale to wszystko jest pomocą z personelu wykonywane. Pielęgniarka czy położna ma pokazać mamie, jak karmić dziecko butelką. W większości szpitali nie jest to realizowane. Po prostu mama dostaje do ręki butelkę z mieszanką modyfikowaną i jest pozostawiona sama sobie. Nikt jej nie tłumaczy, ile ma tego mleka podać, jak ma to mleko podać, w jaki sposób to dziecko nakarmić. Dlaczego? Bo przecież »chyba każdy wie, jak butelką karmić«, prawda? »Rodzimy się z tym«". (P3)

Tak było w przypadku kobiety, która miała dokarmić dziecko. Pozostawiono ją bez jakiegokolwiek instruktażu, jak to robić prawidłowo, co zniwelowałooby ryzyko przekarmienia. Ponadto pomimo zalecenia podania dziecku konkretnej ilości mieszanki, podano gotową butelkę, która zawierała większą jej ilość. Zapewne, gdyby zastosowano którąś z alternatywnych metod, dziecko dostałoby odpowiednią ilość mleka.



„Wydaje mi się, że jak córka zobaczyła, że leci z butelki, to, też nie chcę tutaj snuć wielkiej teorii, że już zaburzyło odruch ssania, ale widziałam, że butelkę je chętniej. Po prostu z niej leci. Pamiętam, że dawali nam takie małe buteleczki one miały 60-100 ml tego mleka [nazwa marki mieszanki]. Zaznaczono, że córka powinna wypić tam 20-30 ml, a córka prostu piła i piła i nie mogła przestać. Pamiętam, że właśnie potem te położne mówiły, że bardzo niedobrze, że ona tyle wypła. Nie byłam nawet w stanie wyrwać jej tej butelki”. (K45)

Tak o podejściu do prawidłowego podawania butelki mówiła położna i doradczyni laktacyjna, również na przykładzie swojej córki, która urodziła się jako wcześniak:

„Miałam dyskusję z jedną właśnie z takich starszych pielęgniarek neonantologii na temat sposobu dokarmiania dzieci. Dostałam mówiąc tak bardzo obrazowo opieprz, że źle podaję dzieciom butelkę. Uczę mamę, że ma ją podawać horyzontalnie, czyli w pozycji poziomej w stosunku do podłogi, równoległe, że należy układać dzieci w pozycji wysokiej. Próbowałam się przebić i mówiłam, że jestem świeżo po szkoleniu o pozycjonowaniu dzieci do karmienia, usłyszałam »Nie! Nieprawda«. Zakrzyczała mnie, aż zwątpiłam, bo mam dużo takie pokory w sobie. Zapytałam prowadzącą to szkolenie »Podaj mi jakieś źródło takie oficjalne na temat tej pozycji do karmienia«. Podała mi źródło WHO. Znów faktycznie nie oszalałam, więc czasami boksuję się z takimi rzeczami. Już w tej pozycji karmiłam moją córkę i też słyszałam, że robię to źle, bo skoro przystawiałam ją do piersi i potem ją dokarmałam mlekiem odciągniętym, a ona ulewała, to znaczyło dla



personelu, że ja coś robię źle, że karmię w zły sposób. Po czasie się okazało, że moje dziecko w 6 minut się najada i przybiera po 80 g na dobę. Ona po prostu tego dokarmiania nie potrzebowała, ale ktoś mi powiedział, że ona jest malutka, bo ma 1900 gram i ja muszę ją dokarmiać, że w ogóle nie ma innej opcji. I ja, już kilka lat pracująca w zawodzie doradcy, dałam się na to nabrać". (P10)



Droga kobieto!

Sposób podawania pokarmu w butelce jest istotny. Karmione w odpowiedni sposób dziecko może w większym stopniu kontrolować pobieranie pokarmu, co sprzyja responsywności karmienia i zmniejsza ryzyko przekarmienia. Warto w zakresie prawidłowego karmienia butelką skonsultować się z konsultantką laktacyjną IBCLC, doradczynią laktacyjną (CDL), albo położną posiadającą aktualną wiedzę laktacyjną.

Na koniec tego rozdziału, chcemy przedstawić dalszą część historii cytowanej już przez nas kobiety, która uzyskała pomoc w dokarmiania dziecka mieszanką i swoim własnym mlekiem, tak, aby skutecznie wrócić do karmienia piersią. Zastosowano alternatywne metody dokarmiania, a podejście położnej było pełne szacunku. Położna była doradczynią laktacyjną CDL z wieloletnim stażem w pomocy przy problemach laktacyjnych i osobą wyznaczoną w szpitalu do pomocy w karmieniu piersią. Przed nią nikt w szpitalu nie potrafił pomóc kobiecie, a jedynym proponowanym rozwiązaniem było podanie mieszanki.

„Pani M. zobaczyła nas, piersi. Też było takie pytanie w tej ankiecie, czy pytali mnie czy mogą mnie dotknąć, dotknąć brodawek, to ona była jedyną, która zapytała, bo wtedy jak dostałam małą



i komunikat, że mam płaskie brodawki, to nikt mnie o nic nie pytał. A tutaj pani M. zapytała. Dużo pytań w ogóle też zadawała. Zauważyła, że jeszcze jest siara nie ściągnięta w piersi i zapytała mnie, czy może ręcznie ją ściągnąć, i pomogła mi ją ściągnąć do kieliszka. To podałyśmy małej. Wytłumaczyła mi i to też było w sumie takie przełomowe i fajne, bo powiedziała tak, że minęły już dwie doby, a mała nie jadła praktycznie przez te 2 doby, więc niestety, ale mieszankę musimy wprowadzić, żeby nadgonić to, co ona straciła. Robiliśmy tak, że ja miałam swój laktator, bo też od razu mnie zapytała, czy mam laktator, bo szpitalny też tam był, ale wiadomo ja byłam ostatnia w kolejce, bo ani wcześniak ani nic, więc miałam całe szczęście swój. Zaczęłyśmy ściągać mój pokarm, ale też pani M. mi pokazała, jak strzykawką podać małej tę mieszankę, żeby jakby naprzemiennie, żeby ona była najedzona, a żebym ja też mogła ściągać pokarm. Pani M. mówi »Jak ona płacze, to pani się denerwuję, ona jest głodna, traci energię, a pani nie będzie w stanie ściągnąć pokarmu, bo pani się przejmuje i denerwuje«. Wytłumaczyła mi to. Pokazała właśnie jak ją dokarmić i to było na tyle fajne, że już może pod wieczór dosyć ładnie ten pokarm zaczął schodzić i ja mieszałam. Pani M. mi powiedziała po prostu później mieszaj swoje z tą mieszanką. Więc ja z tej strzykawki praktycznie połowę spuszczałam sobie i zaciągałam moje mleko. Ustaliliśmy też, że mam więcej pić, a całe szczęście tam miałam saszetki słodku jęczmiennego. Poradziła na przykład pracę laktatorem, choć to też była akrobatyka i ból przy tej cesarce, ale małą miałam przy jednej piersi tak, że ona po prostu tam próbowała ciumkać, a ja na drugiej pracowałam laktatorem, żeby laktację pobudzić. I to też pani M. podpowiedziała. Potem mówi, że zobaczymy po nocy, jak mi pójdzie to ściąganie, bo też



wyzaczyłyśmy, jak często mam ściągać i ile dokarmiać małą tą strzykawką. Zobaczymy po nocy, czy trzeba będzie wprowadzić butelkę i gdzieś tam mieszać w butelce większą ilość mieszanki z odciągniętym czy nie. Tak fajnie to jakoś poszło - to były wiadomo małe ilości wtedy jeszcze w szpitalu, ale szło na tyle że pani M. powiedziała, że butelki nie będziemy wprowadzać, bo nie ma potrzeby. Też wyszło w rozmowie właśnie, kto jest moją położną środowiskową. Pani M. powiedziała, że to jest jakby spod jej skrzydeł też osoba, więc się cieszyła, no to ja też się ucieszyłam. Utwierdziłam się tylko w tym, że to dobry był wybór. I właściwie tak wyszłyśmy z tym laktatorem. Bez mieszanki wiadomo, bo ja nic nie miałam w domu, nie kupowałam wcześniej. Pani M. powiedziała też, żeby ściągać po prostu i podawać jej też strzykawką swój pokarm, oprócz tego co ją przystawiałam do piersi. Potem w domu czekałam już na położną środowiskowo-rodzinną, co dalej ustalimy. Więc u mnie to tak było, że ruszyło dopiero, jak położna laktacyjna była w szpitalu". (K31)



Problem!

Alternatywne metody dokarmiania noworodka w większości przypadków (na podstawie zebranych w czasie monitoringu danych) nie są stosowane, a powszechną metodą dokarmiania jest dokarmianie butelką, najczęściej bez udzielenia instruktażu matce, jak prawidłowo ją stosować.



3.2.9. INSTRUKTAŻ RĘCZNEGO POZYSKIWANIA POKARMU

Odciąganie ręczne mleka polega na pozyskiwaniu mleka wyłącznie za pomocą dłoni. Nie potrzeba do tego żadnych urządzeń. Wystarczy dokładnie umyć lub zdezynfekować ręce i można pozyskać mleko bezpośrednio do czystego dowolnego naczynia, np. kubeczka¹⁶².

S000 zobowiązuje personel medyczny do przeprowadzenia instruktażu w tym zakresie:

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

6) przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;

[...]”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

O tym, jak bardzo siara jest istotna dla dziecka wspominaliśmy już w podrozdziale 3.2.2. Zgodne z fizjologią jest, że objętość siary w pierwszych dobach po porodzie jest mała i liczy się w mililitrach¹⁶³. Gdy jest konieczne pozyskanie siary dla noworodka, robienie tego ręcznie jest szczególnie istotne, chociażby ze względu na to, że niewielkie ilości mogłyby się osadzać na ściankach laktatora, co uniemożliwiłoby podanie jej dziecku. Natomiast samo odciąganie ręczne jest bardzo istotne, nie tylko ze względu na pozyskiwanie siary. Okazuje się, że ręczne odciąganie może wpłynąć na wyższe wskaźniki karmienia wyłącznie mlekiem

¹⁶² CDC, *Hand Expression*, 2023, <https://cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶³ Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf> [dostęp: 30.11.2023]



matki podczas pobytu matek i dzieci w szpitalu¹⁶⁴. Taka zdolność pomaga nie tylko wtedy, gdy kobieta jest rozdzielona z dzieckiem, ale również wtedy, gdy przebywa razem z nim. Ręczne odciąganie może przynieść ulgę nabrzmiałym piersiom w nawale albo pozyskać mleko np. w celu uspokojenia dziecka, gdy płacze i nie może się przystawić do piersi. Ręczne odciąganie pozwala też uwierzyć matce, że w jej piersiach jest mleko. Warto, żeby kobiety posiadały tę umiejętność. WHO zaleca ten sposób odciągania mleka¹⁶⁵, ale również amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) wskazuje na wiele jego zalet¹⁶⁶:

- Może być wygodniejsze dla niektórych kobiet, które odczuwają ból podczas korzystania z laktatora.
- Nie wymaga sprzętu, wody ani prądu.
- Może złagodzić obrzęk (poprzez uwolnienie niewielkiej ilości mleka, aby zmiękczyć piersi) i pomóc dziecku łatwiej się przyssać.
- Wspomaga produkcję mleka na początku laktacji.
- To bezpieczny i skuteczny sposób odciągania mleka w sytuacjach awaryjnych lub klęsk żywiołowych.



Ważniejsze od nauki odciągania laktatorem jest odciąganie ręczne i warto, by to właśnie tej metody odciągania kobiety uczyły się przede wszystkim.

¹⁶⁴ Crowe S. D., Miller H., Faulkner B., Lee H. C., *Use of Hand Expression of Breastmilk Within First Hour of Delivery to Increase Exclusive Hospital Breastfeeding Rate [400]*, *Obstetrics & Gynecology*, 135(1):167S, <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000663984.24193.f5> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative standards*, 2017, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶⁶ CDC, *Hand Expression...*, j.w.



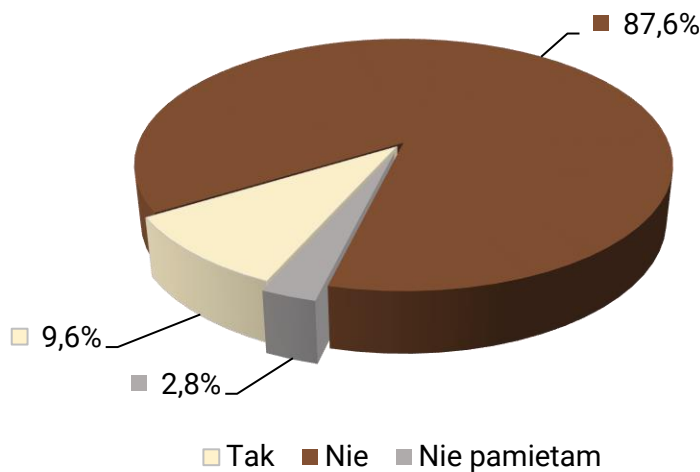


Droga kobieto!

Na poniższej stronie amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) znajdziesz instrukcję jak odciągać pokarm ręcznie: <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html>

Po pomoc w nauce odciągania ręcznego możesz zwrócić się również do konsultantki laktacyjnej IBCLC, doradczynie laktacyjnej CDL czy położnej posiadającej aktualną wiedzę o laktacji. Odciąganie ręczne wymaga praktyki, natomiast nigdy nie powinno Ciebie boleć.

Jedynie 9,6% kobiet przebywających po porodzie w szpitalu zostało poinstruowanych w zakresie ręcznego odciągania pokarmu (czyli ręką bez użycia przyrządów do odciągania). Aż 87,6% kobiet nie zostało tego nauczonych przez personel szpitala, zaś 2,8% nie pamiętało, czy taki instruktaż się odbył (Ryc. 3.13.).



Ryc. 3.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego poinstruował/nauczył Cię jak odciągać pokarm ręcznie (ręką bez użycia przyrządów do odciągania)?” (%), N=2476)



„Pomagano przystawiać malucha, ściągnąć ręcznie mleko przy nawale”. (A1704)

„Dostałam ulotki o karmieniu i ręcznym odciąganiu siary, przygotowane chyba przez szpital”. (A1990)

„Położna w ogóle nie była pomocna. Kiedy miałam nawet powiedziała, że do nawątu to jeszcze daleko i że wymyślam, mam ubrać stanik. Na szczęście z forum na Facebooku wiedziałam, żeby iść pod prysznic i ściągnąć trochę pokarmu ręcznie”. (A1853)

„Jedna położna - oceniła, że nie mam mleka, a dziecko ciągle śpi, bo ma mało cukru. Podała mleko modyfikowane. Druga położna – anioł. Pomogła mi ręcznie zebrać siarę i podać maluszkowi”. (A1777)

„Pomoc nie w pełni zaspokoiliła moje potrzeby, ale była to pomoc w przystawianiu, zaproponowanie »kapturków«, proponowanie pozycji do karmienia, instruktaż użycia laktatora, ręcznego odciągania siary i podawania z kubeczka”. (A936)

„Pokazanie, jak przystawić dziecko, jak odciągnąć laktatorem i ręcznie pokarm. Jednak każda położna mówiła co innego, miałam mętlik w głowie”. (A1968)

Dziecko było urodzone przedwcześnie, jednak kobieta uzyskała pomoc w ręcznym odciąganiu.



„Niska waga, problem z uchwyceniem piersi. Dostałam wsparcie psychiczne, pomoc z odciąganiem mleka ręcznie, potem laktatorem. Służenie radą i ułożenie mi »grafiku karmień«. Ogólnie wsparcie w najcięższym momencie”. (A1888)

Dziecko kolejnej kobiety zostało zabrane na oddział neonatologiczny z powodu problemów z oddychaniem.

„Kiedy wyjeżdżałam z bloku operacyjnego dostałam dziecko już do siebie i miałam ze sobą cały czas. To było dla mnie bardzo ważne. Chciałam rodzić naturalnie, ale nie miałam takiej możliwości ze względu na położenie miednicowe. Najbardziej bałam się, że będzie mi odebrany ten kontakt skóra do skóry, ale miałam go. Później wyszły zaburzenia oddychania i córka musiała pójść na oddział noworodkowy. Zostałam sama na sali, ale przyszła do mnie położna i zbierała mi siarę do takiej strzykawki. Powiedziała, że jest jej dużo i była bardzo zadowolona. To były 2 ml i myślałam sobie, że to jest strasznie mało, a ona powiedziała, że »Nie, no jest super!«. Cieszyłam się, że faktycznie ona cokolwiek ściągnęła i że moje dziecko, które nie może być ze mną cokolwiek dostanie”. (K41)

Warto zwrócić uwagę na to, aby instruktaż był przeprowadzany w sposób delikatny.

„Miałam ręcznie odciągać siarę do kubeczka. Położne ze zmiany, gdy mi to demonstrowały, były bardzo niedelikatne. Pierś bolała. Po czym przyszła do mnie na konsultację doradczynie laktacyjna



i wyciskała mleko bezboleśnie, aż spytałam ją, dlaczego, gdy robiły to położne, to bolało”. (A567)

Zdarza się, że sugeruje się kobietom sprawdzenie ilości pokarmu laktatorem, co jest ogromnym błędem i świadczy o braku wiedzy na temat fizjologii laktacji i początkach karmienia, kiedy wytwarza się siara, której może być od 5 do 7 mililitrów na jedno karmienie. Dziecko potrzebuje właśnie takich niewielkich ilości. Przez przynajmniej dwie pierwsze doby, do czasu nawału, odciąganie laktatorem w celu pozyskania siary nie ma sensu (co innego w przypadku chęci wystymulowania laktacji, o czym więcej w podrozdziałach 3.2.11. oraz 3.2.12.), ponieważ te małe ilości siary osadzają na ściankach wężyka czy pojemnika. W poniższej historii żadna z wielu położnych nie zaproponowała ręcznego pozyskania siary i skorzystania z alternatywnej metody podania jej dziecku, w sytuacji, w której dziecko miało trudności z dostawieniem się do piersi.

„Córka aktywność przy piersi miała słabą. Miała bardzo mocny odruch ssania, jak badano palcem i wkładano palec do buzi. Natomiast przy piersi jakoś nie potrafiła złapać albo łąpała na chwilę i szybko zasypiała przy tej piersi. Brała dosłownie jakieś 3 łyki i nie chciała dalej. Próbowałam córkę jak najczęściej przystawiać, ale sama nie dawałam rady. Nie chciała łąpać piersi, więc praktycznie co chwilę był dzwonek i prośba o położne, żeby mi tą córkę przystawiały. Te położne się zmieniały i były raz lepsze raz gorsze. Jedną pamiętam, która się naprawdę bardzo stara i bardzo dużo czasu poświęcała i tak motywowała. Inna była taka młodsza i to była kwestia po prostu doświadczenia, że też sama nie potrafiła tego dziecka dobrze złapać, przystawić. Kolejna była bardzo miła, ale przystawiała tak mechanicznie i jak jej nie szło to bardzo szybko się poddawała. Mówiła, że to chyba teraz nie jest moment to może jednak przeniesiemy mleko. Najpierw wyraziłam zgodę podanie mleka z Bank Mleka Kobiecego, więc córka pierwsze te karmienia



z butelki dostała mleko innej mamy, a później właśnie już nam dano mleko modyfikowane do dokarmiania. Miałam przy sobie laktator ręczny i laktator elektryczny. Jedna położna dała radę, żeby w ogóle sprawdzić ilość tego pokarmu i odciągnąć. Nie powiedziała o tym, że ważna jest ta siara, powiedziała, że najważniejsze, żeby sprawdzić, czy w ogóle ten pokarm jest, ile jego jest. Natomiast potem pamiętam, że miałam jakiś problem i chciałam zasięgnąć porady jak zacząć laktatorem. Przyszła druga położna powiedziała, że w ogóle tego się nie robi, że to jest duży błąd, żeby ten laktator zostawić, że to trzeba tylko z piersi". (K45)

Kolejna historia również pokazuje błędne koło „sprawdzania laktatorem” ilości mleka w piersi. Tym razem to kobieta wpadła na ten pomysł, będąc pozostawioną samą sobie w obliczu sugestii personelu, że jej dziecko jest „piekielnie głodne” i się nie najada. Niestety nikt nie poinstruował kobiety, jak odciągać mleko ręcznie.

„Kiedy pojawiła się pielęgniarka zabrać dziecko na przesiewowe badanie słuchu, to później jak wróciła, powiedziała, że dziecko jest piekielnie głodne, że jak podstawi mu palec do buzi, to ono łapczywie chce ssać palec i to świadczy o tym, że jest piekielnie głodne, skoro przystawiam dziecko do piersi, to po prostu ono musi się nie najadać. Od razu padła propozycja o mleku modyfikowanym. Stwierdziłam, że chciałabym spróbować jednak ze swoim mlekiem i postymulować piersi, też przekonać się czy rzeczywiście nie ma mleka, bo wcześniej słyszałam, że mleko jest. Stwierdziłam, że zrobię próbę. Jeśli laktator sprawi, że mleko poleci, to znaczy, że przyczyna jest jakaś inna, że mleko po prostu jest. Uruchomiłam laktator, przystawiłam do piersi, trzymałam go tam około 5-10 minut, ale nie leciało absolutnie nic, więc poszłam do dyżurki



pielęgniarek i zgłosiłam prośbę o poradę laktacyjną. Niestety wtedy zdecydowałam o podaniu mieszanki, z tym, że to nie był taki do końca świadomy wybór. W tamtej chwili byłam obolała, strasznie zmęczona. Nie było odwiedzin, to też na mnie źle wpływało, że nie miałam nikogo bliskiego obok. Byłam kompletnie sama w nowej sytuacji i jak przychodzi pielęgniarka, czyli ten autorytet wiedzy medycznej i mówi mi, że dziecko jest piekielnie głodne, to ja już się czuję jak straszna wyrodna matka, która chce zagłodzić swoje dziecko. Dlatego zdecydowałam się wtedy, żeby to mleko podać, żeby po prostu to dziecko nie było głodne". (K21)

Położna będąca doradczynią laktacyjną CDL na oddziale szpitalnym tak opowiadała o prowadzeniu instruktażu ręcznego odciągania przez kobiety:

„Siarę powinno się na początku odciągać ręcznie, absolutnie. Znowu nie odpowiadam za koleżanki, ale ja każdą pacjentkę instruuje, jeżeli chodzi o odciąganie ręczne. Przynajmniej się staram, ale zawsze decyzję zostawiam mamie. Mówię »To jest bardziej efektywne. Zobaczycie pani, odciągamy teraz ręcznie«. Ja odciążam ręcznie i mamy w strzykawce taką i taką ilość mleka. »Gwarantuję pani, że jak pani dzisiaj podłączy laktator to tam nie będzie nic i to jest normalne i dlatego prócz laktatora powinna się pojawić ta dodatkowa praca z odciąganiem ręcznym, ale decyzja należy do pani. Jeżeli nie będzie się pani czuła na siłach lub będzie to w pani ocenie nie do zrobienia, no to po prostu zostanie pani przy samym laktatorze«. Są pacjentki, które podejmują taką pracę". (P10)



Ta sama położna, opowiadając o swoich osobistych doświadczeniach związanych ze stymulacją laktacji dla wcześniaka, powiedziała:

„Dla mnie osobiście odczucia laktatorowe są fatalne. Byłam totalnie laktatorooporna. Dla było bardziej naturalne odciąganie ręczne, ale są pacjentki, które mają problem z dotykiem swoich piersi, z tym odciąganiem ręcznym i one bardziej godzą się z laktatorem niż z odciąganiem ręcznym”. (P10)



Droga kobieto!

Umiejętność samodzielnego sprawdzania wypływu pokarmu jest istotna. Można samemu się przekonać, co do tego, że w piersiach jest mleko. Warto spróbować delikatnie i z wyczuciem. Takimi samymi ruchami możecie samodzielnie odciągnąć mleko z piersi. Bez żadnego sprzętu. To bardzo ważne, a czasem może okazać się naprawdę proste i jest pierwszym krokiem do nauki samodzielnego ręcznego odciągania mleka (podpowiedzi, gdzie znaleźć instrukcje odciągania zawarłyśmy w poprzedniej zielonej chmurce w tym podrozdziale).





Problem!

Prawie 9 na 10 kobiet (86,7% ankietowanych spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) nie jest instruowanych, jak samodzielnie pozyskiwać pokarm ręcznie. Tymczasem jest to podstawowa umiejętność, która może być potrzebna kobiecie w wielu sytuacjach oraz dodać jej pewności siebie w kwestii możliwości jej organizmu, np. pozwala na samodzielne sprawdzenie wypływu pokarmu. Zdarza się, że wykonywane przez personel medyczny badania wypływu mleka są bolesne i niekomfortowe. Wciąż wśród personelu medycznego bywa żywy mit, że można sprawdzić ilość produkowanego mleka laktatorem.

3.2.10. NIESTOSOWANIE SMOCzków DO USPOKAJANIA

Po porodzie, odklejeniu się łożyska, a co za tym idzie uruchomieniu się hormonalnej reakcji, po której (po etapie siary) zwiększa się ilość mleka, następuje nawet i w kolejnym etapie następuje stabilizacja laktacji. To na jakim poziomie ustabilizuje się produkcja mleka, zależy od czasu bycia dziecka przy piersi, a dokładniej od czasu efektywnego ssania. Zaspokajanie potrzeby ssania nie na piersi stwarza ryzyko niedostatecznej stymulacji piersi do produkcji mleka. Poza tym kultura smoczka, promowanie go w mediach, czy chociażby w zestawach zabawek dla dzieci, których jest często nieodłącznym elementem, sprawiają, że młodzi rodzice mogą mylić wczesne oznaki głodu dziecka z chęcią ssania smoczka. To, że dziecko kręci główką, otwiera buzię, wysuwa język, czasem kieruje rączkę w stronę ust, oznacza wczesne oznaki głodu, czyli chęć ssania piersi, a nie smoczka. Nieprzypadkowo zatem jako jeden z kolejnych podpunktów zapewnienia warunków prawidłowej laktacji, w S000 podano wyeliminowanie smoczków do uspokoiania w okresie stabilizacji laktacji:



„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;

[...]”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

W jednym z poprzednich podrozdziałów wspominałyśmy o żółtaczce. W przypadku niżej cytowanej kobiety dziecko było naświetlane. Wiemy, że zarówno sama żółtaczka, która może powodować ospałość dziecka, jak również ograniczanie karmień między naświetlaniami są czynnikami mogącymi utrudniać prawidłową laktację.

„Później się okazało, że córka musi być naświetlana, więc właściwie większość doby tam spędzała w inkubatorce. Tylko co 3 godziny właśnie była wyciągana na karmienie, a jak tam leżała niespokojnie, to w pewnym momencie położna mnie się pyta, czy mam właśnie uspokajacz. Ja w ogóle nie rozumiałam o co jej chodzi i tak sobie myślę, boże co to za wynalazek, o którym ja nie wiem. I pytam się jej, że »Uspokajacz, a co to takiego?«. ona mówi, że: »No smoczek«. Ja w ogóle nawet smoczków nie zapakowałam do szpitala, bo też wiedziałam, że tego smoczka nie chcę podawać dziecku, więc mówię dobra nie biorę, żeby nawet nie kusiło mnie. To mnie tak trochę zszokowało mówiąc szczerze, bo też byłam świadoma tego, jak ważne jest, żeby w tych pierwszych tygodniach tego smoczka jednak nie podawać, bo może to powiedzmy wpłynąć na laktację, na to ssanie dziecka, bo się okaże, że dziecko nie chce ssać piersi, więc to było takie słabe”. (K4)



„W planie porodu napisałam, że nie zgadzam się na dokarmianie dziecka. Też nie zgadzałam się na podanie smoczka. Próbowano to wymusić na mnie to żebym podała smoczek, bo dziecko się denerwuje, bo dziecko ma silną potrzebę ssania, bo ja nie mam mleka. Byłam bardzo zaskoczona tym podejściem. Też przyszły mi powiedzieć, żeby dać smoczek, bo inne pacjentki się denerwują, że tutaj dziecko płacze. Nie chciałam się na to zgodzić no i trochę byłam chyba problematyczną pacjentką”. (K47)

*„Zmiana personelu z nocnego na dzienny »naprawiała« błędną decyzję pielęgniarki z nocnego dyżuru o podaniu smoczka”.
(A1599)*

„Syn bardzo domagał się piersi, personel przychodził i pytał czemu tak się drze, aż w końcu przynieśli smoczek. Proponowali mleko modyfikowane, ale się nie zgodziłam”. (A52)

„Podczas badań słuchu i mycia, na które zabierano dzieci, dawano im smoczki”. (A1338)

„Kiedy dziecko cały czas płakało i »wisało« na piersi, położna skomentowała, że »My kobiety nie jesteśmy smoczkiem dla dzieci, piersi są od tego, żeby karmić«. Niestety po czasie doedukowałam się, że jest to nieprawda, a pierś spełnia więcej funkcji niż tylko dawanie pożywienia”. (A460)



„Smoczek wbrew mojej woli był podawany dziecku, gdy miało robione badania itd.” (A1376)

„Od położnej usłyszałam, że moje brodawki są jak smoczki i nie powinno być problemu z karmieniem”. (A1164)

„Generalnie byłam załamana, jeżeli chodzi o opiekę laktacyjną i pomoc w przystawianiu. Położnym nie podobało się to, że dziecko śpi ze mną w łóżku, łatwiej mi było karmić wtedy. Każda miała swoją teorię na temat karmienia piersią, przychodziła i udzielała rad przez ile minut dziecko powinno być przy piersi i były wręcz oburzone, że moje dziecko wisi na piersi i zrobiło sobie ze mnie smoczek. Miało ono według nich trwać 15 min na pierś i potem koniec, odkładać dziecko, a do ssania dać smoczek. Były zniesmaczone, że mam swoje racje, bo starsze dziecko karmiłam piersią ponad 2 lata i stanowczo podziękowałam za takie rady”. (A1640)

„Dostałam nakładki na sutki bez instrukcji, jak ich używać. Dziecko miało silny odruch ssania, chciało być cały czas przy piersi. Gdy piersi bolały tak, że aż krwawiły poprosiłam o pomoc, to zostałam zrugana, że co ja wyprawiam i że nie powinnam pozwalać dziecku tak długo być przy piersi. Żeby dać mu smoczek, skoro chce ssać. Nagminnie proponowano karmienie mieszanką. Gdyby nie moje samozaparcie i wiedza z Internetu nic by z karmienia piersią nie wyszło”. (A2417)



„Położne zawsze miały »coś« do zrobienia i uważały, że karmienie piersią jest naturalne i mam sobie sama dać z tym radę, a jak dziecko płacze i nie umiem nakarmić, to dać mu smoczek”. (A1950)

Powyższe przykłady wskazują, że zdarza się, iż personel wykazuje się niezrozumieniem fizjologii laktacji. Warto wiedzieć to, o czym mówiła nam neurologopedka:

„Ssanie nie jest procesem jednolitym i w zależności od potrzeb zmienia się mechanika ruchu ssącego oraz cel. Rozróżniamy dwa rodzaje ssania - ssanie odżywcze i nieodżywcze. O ile rola i znaczenie tego pierwszego jest oczywista, to ssanie nieodżywcze traktowane jest wciąż z niedostateczną uwagą. Podczas ssania nieodżywczego dziecko stymuluje pierś (ssie), ale nie pobiera pokarmu, nie połyka. Ssanie nieodżywcze pełni przede wszystkim funkcje regulującą. Reguluje napięcie oraz emocje dziecka. Jednak ma także ogromne znaczenie dla stymulacji laktacji mamy. Jest dodatkowym czasem stymulacji brodawek, co w naturalny sposób wspomaga laktację. Nieodżywcze ssanie piersi jest naturalną metodą stymulacji laktacji oraz treningiem ssania dla noworodków. Stanowi w pełni naturalny proces fizjologiczny. Rezygnacja z tej formy ssania, na rzecz zastosowania smoczka, często wpływa negatywnie zarówno na laktację mamy, jak i rozwój umiejętności oralnych noworodka. Smoczek jest ciałem obcym. O stałej formie, kształcie, zapachu i temperaturze. Pierś jest zmienna. W krótkiej perspektywie - w trakcie pojedynczego karmienia oraz w dłuższej – biorąc pod uwagę cały okres karmienia piersią – pierś zmienia się. Zmienia temperaturę, kształt, miękkość. To stanowi bogactwo doznań sensorycznych oraz wspieranie rozwoju całego kompleksu



ustno-twarzowego dziecka. Podczas karmienia piersią ssanie odżywcze i nieodżywcze wzajemnie się przenika i zamienia. Często ssanie nieodżywcze bywa mylone z ssaniem nieefektywnym (dziecko nie połyka, więc nie ssie efektywnie). W każdym przypadku należy przyjrzeć się, czy między zdaniem odżywczym a nieodżywczym występuje równowaga. Jeśli dostrzegamy nieprawidłowy przyrost masy ciała. Warto ocenić jakość ssania oraz wesprzeć mamę i maluszka w trudnościach ze ssaniem. Taka sytuacja bez wątpienia wymaga konsultacji z doradczynią CDL i neurologopedą. Jednak w większości przypadków tzw. »nieefektywne ssanie«, »wiszenie na piersi« oznacza zaspokajanie potrzeby ssanie nieodżywczego”. (P9)



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny proponuje podanie noworodkom smoczków lub sam je podaje, co jest niewskazane w okresie stabilizacji laktacji.



3.2.11. ZAPEWNIENIE SPRZĘTU DO POZYSKIWANIA POKARMU KOBIECEGO I STYMULACJA LAKTACJI

W podrozdziale 3.2.8. dotyczącym postępowania w przypadku nieskutecznego karmienia cytowałyśmy zapisy S000, w których było wskazane, że jeśli konieczne jest dokarmianie dziecka, to pierwszym wyborem jest odciągnięte mleko matki.

Również w przypadku trudności uniemożliwiających bezpośrednio karmienie z piersi, choroby dziecka lub czasowego czy trwałego rozdzielania matki i dziecka pozyskiwanie odciągniętego mleka matki jest pierwszym rozwiązaniem, które powinno być proponowane kobiecie (zgodnie z cytowanym w podrozdziałach 3.2.7. i 3.2.8.) ust. 3 pkt. 4.) działu S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*. Ponadto S000, poczynając od dnia 1 stycznia 2022 r., nakłada na szpitale obowiązek zapewnienia sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka matki.

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

8) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego”.

(S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*)

W tym zapisie istotne jest, iż sprzęt należy zapewnić każdej potrzebującej matce, a także, że ma być on skuteczny.

Specjaliści zalecają jako skuteczny sprzęt: elektryczny laktator klasy szpitalnej, który jest wyrobem medycznym, choć sprzęt może oznaczać również inne potrzebne części do używania laktatora, jak i elementy poza laktatorem. Sprzęt udostępniany w szpitalu powinien być dostosowany do używania przez wiele



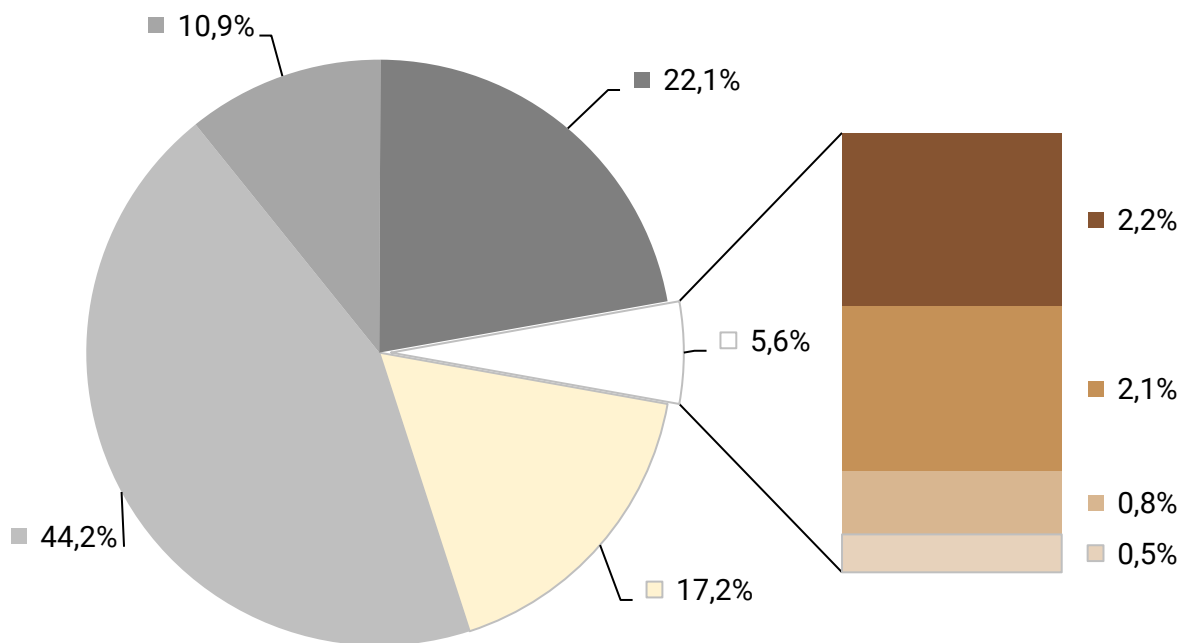
kobiet, co określa się jako tzw. separacja mediów. Akcesoria do niego powinny być jednorazowe lub wielokrotnego użytku, czyli podlegające sterylizacji, tzw. zestaw osobisty (lejek, dren, pojemnik do mleka). Ponadto powinien posiadać możliwości: odciągania z obu piersi jednocześnie (dzięki czemu zwiększa się wydajność produkcji mleka i skraca czas odciągania), ustawiania faz (odwzorowanie wywołania wypływu pokarmu i wypływu właściwego), regulacji siły ssania^{167 168}.

Wśród ankietowanych 44,2% kobiet uznało, że laktator szpitalny nie był im potrzebny. Z kolei 22,1% kobiet nie korzystało z laktatora szpitalnego, ponieważ posiadało w szpitalu swój laktator. Z laktatora szpitalnego korzystało 17,2% ankietowanych, ale już 10,9% nie wiedziało, że mogą o niego poprosić. Ponadto 5,6% ankietowanych, które były z dzieckiem w szpitalu chciało skorzystać z laktatora, ale nie mogło z powodów takich jak: używanie przez inną osobę (kolejka do laktatora), odmowa ze względu na brak szpitalnego laktatora lub odmowa bez wskazania przyczyny, ale również fakt, że laktator okazał się niesprawny (Ryc. 3.14.). Dane odpowiadające powyższym, jednak z podziałem na poszczególne lata objęte monitoringiem, można zobaczyć na Ryc. Z. 10. znajdującej się w załączniku 1. do raportu.

¹⁶⁷ Nehring-Gugulska M., *Wskazania do odciągania mleka – kiedy, jak i czym?*, Postępy Neonatologii 2022, nr 2, s. 56, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2022/11/Wskazania-do-odciagania-mleka-kiedy-jak-i-czym.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶⁸ Królak-Olejnik B., Nehring-Gugulska M., Oslislo A., *Standard postępowania poporodowego sprzyjający karmieniu naturalnemu noworodków z małą urodzeniową masą ciała*, Standardy Medyczne 2012, T. 9, s. 407, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Standard-postepowania-poporodowego.pdf> [dostęp: 30.11.2023]





- Tak, korzystałam
- Nie, nie był mi potrzebny
- Nie wiedziałam, że mogę poprosić o laktator
- Nie, bo miałam swój
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale był używany przez inną osobę
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale szpital nie posiadał takiego
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale mi odmówiono
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale był niesprawny

Ryc. 3.14. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy korzystałaś z laktatora udostępnionego przez szpital?” (% , N=2476)



Część kobiet korzystała ze sprzętu szpitalnego. Zaznaczyły w ankiecie, że korzystały z laktatora udostępnionego przez szpital i wskazały na pomoc w jego użytkowaniu.

„Ze względu na żółtaczkę poporodową dziecko zostało przeniesione na oddział intensywnej terapii. Rozdzielono nas za moją zgodą i trwało to niecałą dobę. Mimo zabrania dziecka, na OIOM-ie nie było problemu z dalszym karmieniem go moim mlekiem. Szpital na ten czas udostępnił mi laktator, poinstruował, jak go używać i dziecko na OIOM-ie karmione było dostarczonym przeze mnie mlekiem”. (A735)

„W szpitalu nie otrzymałam dostatecznego wsparcia w karmieniu piersią, jednocześnie jednak oceniam tę opiekę dosyć pozytywnie – dziecko było od początku dokarmiane moim mlekiem, nie otrzymało mleka modyfikowanego, nawet gdy przebywało na innym oddziale - mogłam ściągać mleko i regularnie je przynosić. Dziecko było dokarmiane strzykawką, nie butelką. Na oddziale znajdowały się laktatory”. (A1187)

„Pomoc i ocena przystawienia dziecka, dobór lejków do laktatora i instruktaż jego użytkowania przy rozdzieleniu z dzieckiem”. (A1763)

W kolejnym przypadku dziecko zostało oddzielone od maki z powodu problemów z oddychaniem, a kobiecie udostępniono laktator.

„Doradczyni laktacyjna pytała się, czy mam laktator, pożyczyła mi [nazwa marki] szpitalny, miałam do niego dostęp. Wytłumaczyła mi



jak używać. Przede wszystkim mówiła, jak stymulować laktację, że to trzeba co 3 godziny odciągać, że mogę sobie tą pierwszą nockę odpuścić i zrobić przerwę między północą a 6 i nie wstawać o 3, ale już następną dobę, to mam co 3 godziny jechać z tym laktatorem, a nie jak mi się przypomniało. To było bardzo trudne. To było dużo pracy. Z jednej strony myślę, że to wsparcie pomogło, ale z drugiej strony, to chyba trzeba po prostu chcieć”. (K41)

Kolejnej kobiecie zapewniono instruktaz odciągania osobistym laktatorem. Szpital zapewnił również laktator dla matki wcześniaka, która leżała obok w sali.

„W szpitalu położna powiedziała, że córka spadła powyżej 10% masy urodzeniowej. Miała żółtaczkę. Położna zaleciła dokarmianie moim mlekiem i mieszanką, ale mieszankę dziecko dostało dopiero, jak ja wyraziłam na to zgodę. Mała dostała butelkę, ale co uważam za super, bo jak rozmawiałam z paroma osobami, których dzieci były dokarmiane w szpitalu, to u mnie było inaczej. Miałam przystawiać do piersi po 15 minut na każdą pierś. Po pół godziny, dać moje odciągnięte mleko i dopiero do pełnej ilości, chyba 30 ml, to czego nie ściągnęłam, miałam dodać modyfikowanego. I tak miało być za każdym razem. I potem sesja laktatorem metodą 7 5 3. Tak udało się rozkręcić laktację, że po prostu po nocy rano odciągnęłam pełną porcję dla dziecka. To mi pomogło rozkręcić i też wyjść ze szpitala. Córka odzyskała wagę. Nie miała już ubytku tych 10%, które straciła. Ostatniego dnia przyszła młoda położna, która mi bardzo pomogła przystawić, bo ja siedziałam i płakałam i próbowałam przystawić dziecko. Laktator w szpitalu miałam swój. Ze mną leżała dziewczyna, która urodziła wcześniaka to jej



przynieśli laktator ze szpitala. Akurat ona dziecka nie miała przy sobie, więc to trochę inaczej było, ale też jej powiedzieli, jak odciągać. Wychodząc ze szpitala już byłam w stanie odciągnąć porcję w pełni, karmiłam częściowo piersią, częściowo butelką”.
(K3)

Stoimy na stanowisku, iż udostępnianie przez szpital laktatorów typu osobistego, bez możliwości sterylizacji i dedykowanych kobiecie końcówek, jest niedopuszczalne.

„Szpital nie posiadał laktatora klasy szpitalnej, tylko zwykły, który używało wiele matek i nie można było go sterylizować, nie miał wymiennych końcówek, odmówiłam korzystania z niego, zakupiłam swój w trakcie pobytu w szpitalu. Uważam, że w każdym szpitalu powinien być dostępny laktator i być zatrudniona położna laktacyjna dostępna przez całą dobę”. (A1183)

„Szpital miał tylko laktator ręczny w kiepskim stanie higienicznym. Zdecydowałam się na natychmiastowy zakup własnego laktatora”.
(A279)

„Ze 2 razy korzystałam z ręcznego, bo chyba tylko taki mieli na stanie. Później mąż przyniósł mój laktator, bo szpitalny było trudno dostać”. (A1946)

Kobiety kupują swoje laktatory i używają sprzętu, którego jakość jest nieporównywalna z jakością laktatora klasy szpitalnej, dostosowanego do stymulacji laktacji. Według ankietowanych, często kupno osobistego laktatora sugeruje sam personel.



„Usłyszałam, że w piersiach nic nie ma i trzeba kupić laktator”.

(A175)

„Miałam swój, bo szpital dawał laktator tylko matkom, które miały dzieci na noworodkach”. (A1581)

Problem z dostępnością laktatorów potwierdziła położna, która udzielała nam wywiadu, ale potwierdzają go także kolejne historie kobiet.

„Problemem, jeżeli chodzi o pracę laktatorami jest po prostu brak sprzętu. Akurat po wprowadzeniu standardu, mój ówczesny szef przyniósł mi takie pismo, które dostał, że tam się trzeba jakby rozliczyć czy ten sprzęt jest wystarczający, że została wprowadzona taka zasada, że tego sprzętu musi być odpowiednia ilość. Ja odpowiadałam na to pismo, że my mamy tyle i tyle laktatorów, sprzęt jednorazowy i że to jest liczba wystarczająca na aktualne potrzeby oddziału. Nie wiem, jak inne szpitale w sumie to realizują. My się musieliśmy z tego rozliczyć i z tego powodu też dokupowaliśmy laktatory, bo aktualnie mamy 8 [nazwa laktatora klasy szpitalnej] i to jest faktycznie wystarczająca ilość na nasze potrzeby. Czasami jak jest bardzo duży bum i dużo wcześniaków, no to pożyczamy te laktatory jeszcze z intensywnej terapii, bo tam są dodatkowe dwa, ale po tej ostatniej właśnie dostawie nam tego nie brakuje, ale wiem i to mówią dziewczyny, które z ościennych różnych szpitali, że one mają jeden laktator, dwa laktatory na oddział. Jak w takiej sytuacji wprowadzić standard wczesnej stymulacji laktacji w przypadku konieczności dokarmienia, jak oni po prostu nie dysponują sprzętem? To samo miałam w [nazwa



szpitala poprzedniego zatrudnienia]. Miałam dwa laktatory i 28-30 pacjentek na oddziale, gdzie statystycznie tych pacjentek z problemami się zdarzy dużo". (P10)

W kolejnych historiach kobiety nie miały wiedzy, czy szpital zapewniał laktator. Nikt laktatora nie zaproponował. Również nie zalecono stymulacji laktacji. W przypadku pierwszej z kobiet nawet ktrytkowano ilość odciągniętego mleka w drugiej dobie życia dziecka.

„Poprosiłam męża, żeby przywiózł mi laktator, bo nie byłam w stanie karmić syna, ranił mi brodawki, więc generalnie było hardkorowo. Miałam też te kapturki, ale położna, która się mną zajmowała właśnie przez dobę to powiedziała mi, że absolutnie mam nie karmić w tych kapturkach, bo to jest bez sensu. Po czym powiedziałam jej, że mam laktator, bo mały się nie przystawia, więc muszę zacząć cokolwiek robić, żeby pobudzić laktację. Ona powiedziała »Z takimi poranionymi piersiami pani chcę używać laktatora? To przecież to bzdura w ogóle«. Tak pomyślałam »To co mam robić? Siedzieć i patrzeć?«. Potem akurat pech chciał, że po prostu mały wył w nocy. Przyszła inna położna, która nie była przypisana do tego konkretnego pokoju, w którym ja leżałam, czyli chyba nie zajmowała się mną. Próbowwała go przystawiać. Wydaje mi się, że też no nie miała jakiejś dużej wiedzy. To była młoda dziewczyna, ale widać było, że miała chęci pomocy jakiegokolwiek i ona mi powiedziała, że mam używać laktatora od rana i nie przejmować się tym, że tamta mówi co innego. Powiedziała mi, że mam ściągać cokolwiek się da tak naprawdę. Więc ja ściągnęłam chyba 20 mililitrów czy 10. To rano usłyszałam, że to jest w ogóle śmieszna ilość. No kurczę to jest podstawowa



wiedza, że przecież taka ilość to jest normalne na początku, więc myślę »No fajnie, fajnie«, a to już byli lekarze, nawet lekarze neonatolodzy. Więc też no średnio to wyszło. No ale cieszę się, że mnie wypuścili, chociaż pod tym względem jestem im wdzięczna, bo przynajmniej dalej się udało coś z tym zrobić”. (K17)

„Byłam już na sali poporodowej i była mierzona pierwsza glikemia. Położna przyszła i mówi, że zmierzy dziecku cukier. Był niski i powiedziała, żebym spróbowała przystawić. Przystawiałam. Nie wyszło. Wróciła za jakiś czas spytała się czy udało się nakarmić. Powiedziałam, że ciężko i mam wrażenie, że nie. Powiedziała, że ma zlecenie od dyżurnej neonatolog, że w razie hipoglikemii u córki, bo była też graniczna na porodówce no to, że jest wskazanie, żeby w razie czego podać mleko modyfikowane i ona się spytała czy ja się na to zgadzam. Zgodziłam się, ale gdybym miała jako pierwszą propozycję »Mamy laktator, może pani z niego skorzysta i zobaczymy«, to bym też przystała na tę propozycję. Zupełnie o tym nie pomyślałam i też nikt nie wyszedł z taką propozycją. Mam żal do siebie, że właśnie wcześniej przed pójściem do szpitala na przykład nie spakowałam laktatora, który miałam w domu. Tak sobie myślałam po co mi laktator, jak ja przecież tutaj czuję, że już ta siara się wydziela, to nie będzie problemu, a potem jak się problemy pojawiły, to bardziej się nastawiałam na: nakarm dziecko. To było moim celem, a nie myślałam czym. Czy na przykład coś jeszcze z tą laktacją zrobić. Dopiero po fakcie się dowiedziałam, że laktator powinien być na oddziale, że mam prawo o to spytać i że powinni mi o tym powiedzieć. Po prostu zapomniałam w ferworze tych wszystkich



wydarzeń. Teraz wiem, że to był błąd personelu, że tego zabrakło. Powiedzmy, skoro karmienie było nieskuteczne. Co prawda pomocy w przystawieniu nie było, ale powiedzmy nawet jakby była, to mogłaby być nieskuteczna. Wówczas powinnam usłyszeć »Dobrze, nie idzie pani przystawianie. Mamy laktator. Proszę, odciągnąć, żeby ktoś nawet mi powiedział, »A ma pani swój? To niech pani to zrobi«, bo jakby mi ktoś zwrócił uwagę, to przecież bym w głowie ogarnęła, że w razie »W« leży w domu. Gdybym po prostu dostała sugestię, że mogę mleko odciągnąć albo że najpierw spróbuj odciągnąć nawet ręcznie, to bym to zrobiła. Nie miałam takiej sugestii, a sama o tym nie pomyślałam, więc wyszło jak wyszło". (K28)

Kobieta z powyższej historii była z zawodu lekarzem internistą i znała dokładnie normy stężenia glukozy we krwi dziecka, jednak w sytuacji stresowej nie pomyślała o tym, aby pozyskać swoje własne mleko i nikt jej tego nie podpowiedział, bo mieszanka wydaje się być często jedyną alternatywą, jeśli dziecko nie chwyta piersi.

Jedna z kobiet musiała zagrozić skargą do Rzecznika Praw Pacjenta, aby otrzymać laktator do odciągania mleka dla chorego dziecka. Kolejny raz nikt wcześniej nie zaproponował kroków mających na celu poprawę skuteczności karmienia i pozyskiwania mleka odciągniętego, co jak przypomnijmy jest niezgodne z zapisami S000 cytowanymi w podrozdziale 3.2.8. Kobieta mimo wszystko z własnej inicjatywy odciągała mleko, ale zdarzało się, że jej mleko nie było podawane dziecku.

„W szpitalu wręcz zachęcano do karmienia mieszanką. Wieczorem, kiedy przychodziły pielęgniarki od razu pytały, komu i ile mleka na noc. Mój syn, mimo że oceniony był 10/10 w skali Apgar po urodzeniu, jednak bardzo szybko tracił na wadze. Bardzo zależało mi na karmieniu piersią. Jednak po drugiej przyszła



pielęgniarka i powiedziała, że muszę mu w nocy dać mieszankę, bo za dużo już spał. Zrobiłam zgodnie z zaleceniami. Ale syn w ogóle nie chciał jeść (z butelki też). Chodziłam do pielęgniarek prosząc o pomoc. Mówiłam, że nie ssie, że nie chce się obudzić na jedzenie, że ciągle śpi. Jedyne co słyszałam to: »Mama się nie martwi, to normalne«. Żeby otrzymać laktator musiałam zagrozić, że złożę skargę do Rzecznika Praw Pacjenta. Przyniesiono mi laktator. Następnego dnia przyszła pani ordynator mówiąc, że syn ma bardzo złe wyniki krwi i że jak nic nie zrobię to umrze (cytat). Nie powiedziała, jakie to wyniki ani ich nie pokazała. Sugerowała, że to moja wina, że źle karmię dziecko. Syn został zabrany na patologię noworodka. Przynosiłam pielęgniarkom odciągnięte mleko o ustalonych porach (co 2 h w dzień) i co 3 h (w nocy). Zdarzało się jednak, że przynosiłam mleko, a położna mówiła, że już nakarmiły mieszanką. Za każdym razem, gdy przynosiłam mleko przystawiałam syna do piersi, co było bardzo trudne, gdyż miał podłączona kroplówkę i inne przyrządy. Do karmienia pielęgniarki dawały mi obrotowy fotel, który przykrywały folią, żebym im nie poplamiała krwią. Dopiero po 3 dniach na nocnej zmianie położna, którą pierwszy raz spotkałam powiedziała, że są fotele do karmienia. Zapytała o moją laktację, podziękowała za mleko itp. Przy wypisie od innej pani doktor dowiedziałam się, że syn ma małopłytkowość i tym było spowodowane jego ciągle spanie, brak apetytu (nawet pielęgniarki nie dawały rady go nakarmić butelką i smoczkiem o najwyższej przepustowości). W karcie znalazły się informacje, że odmówiłam podania mieszanki, co nie było prawdą, bo podawałam ją od 2 dnia razem z piersią. Nie było natomiast ani słowa o tym, że wielokrotnie zgłaszałam problemy ze ssaniem (także z butelki), ospałością, że pomimo podawania mieszanki



nie przybierał na wadze itp. Przy wypisie dostaliśmy skierowanie do pilnej konsultacji hematologicznej.” (A2275)

“Dostałam, ale sama musiałam się o niego upomnieć z powodu bólu piersi. Dostałam go dopiero po kilku prośbach i prześmiewczych tekstach ze nikt z personelu nie będzie mi piersi masował”. (A503)

“Tak, korzystałam, ale dopiero jak o niego poprosiłam i się go domagałam”. (A166)

Czasem nie udostępniono laktatora pomimo prośby.

“Powiedziano mi, że laktator przysługuje matce, która ma pokarm”. (A1809)

„Szpital chwalił się, że mają to wsparcie laktacyjne, są laktatory i ktoś chyba, kto tam wcześniej rodził to mówił, że »Tak, tam w szpitalu są laktatory, to się nie przejmuj«. Ale jak przyszło co do czego i chciałam skorzystać z laktatora, bo wydawało mi się, że dziecko się nie najada, to spotkałam się z niechęcią do udostępnienia sprzętu ze strony personelu oraz argumentacją, że lepiej przystawiać cały czas dziecko do piersi, niż karmić odciągany mlekiem z butelki. Z jednej strony to dobrze i mieli rację, że lepiej jak się przystawia dziecko niż jak się używa laktatora, bo to dziecko najlepiej stymuluje, ale z drugiej strony dla mnie to było takie dziwne, że mają te laktatory, a nie chcą



udostępnić, a może dla mnie też by psychicznie było wtedy lepiej, jakbym coś tam sobie ściągnęła. Przyznam, że byliśmy na skraju wyczerpania, nie wiedzieliśmy co robić, bo mąż był ze mną w szpitalu cały czas i było tak, że dziecko płakało, to wydawało się nam, że nie najada się moim mlekiem. I wtedy jednak jako rozwiązanie było dokarmienie mlekiem modyfikowanym. Zaproponowała nam to położna. Co prawda bardzo mądrze, bo to była naprawdę mała ilość, bo 20 ml. To też jest wiedza, że to dziecko nie potrzebuje tyle, więc nie napychają tak, tylko faktycznie dali mało. Wiadomo, że myśmy się na to zgodzili, bo to nie mogło być bez naszej zgody. Byliśmy zmęczeni, dobra, ale był to taki rozdźwięk, że, a tu tego laktatora nie, ale już dziecko dokarmić, to już było spoko". (K14)

Zbyt mała dostępność laktatorów jest problemem oddziałów szpitalnych. W kolejnym przypadku można było zauważyć problem organizacyjny, związany ze zbyt małą ilością udostępnianych pacjentkom laktatorów oraz konfliktem w tej sprawie między oddziałami położniczym a neonatologicznym. W tej historii wcześniejsze doświadczenie kobiety, miało kluczowe znaczenie, dzięki któremu udało jej się poradzić sobie z tą trudną sytuacją, zarówno technicznie, jak i psychicznie.

„Nie wiedziałam przez półtorej doby, gdzie jest moje dziecko. Nikt mi nie powiedział do dnia następnego do wieczora, że dziecko jest przyjęte na oddział patologii noworodka, a tam cały czas go karmiono mieszanką. Czekałam, że mi po prostu przyniosą dziecko. Spędziłam te półtorej doby akurat na bloku porodowym, ponieważ nie było miejsc na położnictwie i myślałam, że to jest powód, dla którego dziecka nie mam przy sobie, a nie, że jest w kiepskim stanie i jest przeniesione. Natomiast to już takie szpitalne niuanse. Znam



to od kuchni. Wiem, że tak się może zdarzyć, bo sama w ochronie zdrowia pracuję. Natomiast wiem, jak dewastujące jest dla kobiet takie postępowanie. Jak w końcu się pani doktor pojawiła się, żeby powiedzieć, gdzie jest dziecko, to powiedziała też »Jak pani chce utrzymać laktację, to można odciągać mleko i przynosić do nas na oddział patologii«. To było tyle. Nie wiedziałam skąd wziąć laktator, ponieważ akurat tam w szpitalu, nigdy nie korzystałam z laktatorów. Nie wiedziałam, że one są w ogóle na oddziale. Później okazało się, że na cały oddział położnictwa były 2 laktatory [nazwa marki], takie na dwie piersi, elektryczne, przenośne. Dowiedziałam, że panie dają cały zestaw do odciągania, no i też dostałam. Wiadomo, że to było dużo wygodniejsze odciągać automatycznym laktatorem, niż odciągać ręcznym. Natomiast była wielka do niego kolejka. Poprosiłam o pomoc, bo nie umiałam nawet włączyć tych przycisków. Pierwszy raz widziałam w ogóle taki model. Pani po jakimś czasie przyszła i mi pokazała. Widziałam, że innej osobie też tłumaczyła, więc to raczej starały się wytłumaczyć. Natomiast był na pewno problem z tym, żeby dostać. Dwa oddziały kłóciły się między sobą. Kto ma wydawać kubeczki na pokarm czy patologia noworodka, czy one z oddziału położnictwa. W końcu te kubeczki kupiłam, bo nie szło się doprosić, żebym miała w czym zostawiać pokarm. To było tak, że ja byłam ich pacjentką, ale dziecko nie było ich pacjentem. Tu się rodził problem, jakby to miało jakiegokolwiek znaczenie, ale dla nich widocznie miało. Było takie ciągle podkreślanie »Bo pani nie ma dziecka przy sobie«. Ja jestem w stanie sobie z tym poradzić, bo już niejedno przeszłam w życiu, ale na przykład dla kobiety, dla której faktycznie byłoby to pierwsze dziecko i zostało od niej zabrane, to ja ciężko widzę później taką psychiczną stronę macierzyństwa.



Naprawdę wielka trauma. Odczuwałam to tak: »Ty jesteś gorsza, bo i tak nie masz dziecka, kompletnie się nie licysz tu dla nas«. Przy czym nie brałam tego tak do siebie, bo ja już byłam po porodzie dziecka obumarłego. Wiem czym to pachnie, jeżeli się dziecka nie ma przy sobie. Człowiek jest niewidzialny na takim oddziale. Nie ma dziecka, to jest niewidzialny absolutnie. Nawet z takiego medycznego punktu widzenia tego nie rozumiem. Jeżeli położna ma mnie pod opieką jako położnicę, też powinna zwrócić uwagę, czy nie mam zapalenia piersi, czy nie mam zastoju w piersi. Nikt tego nawet nie sprawdził, wiedząc, że nie mam dziecka przy sobie. W życiu tam jedna położna, nawet jeden raz, nie zapytała się jak się czuję. Kompletnie jakbym tam nie istniała, ale to mnie nie dziwi, ponieważ troje dzieci tam rodziłam, tych troje, które są z nami i nigdy położnych to nie interesowało. To pielęgniarki noworodkowe bardziej zajmowały się laktacją, przystawianiem, sprawdzaniem jak to dziecko się karmi. Chyba to było bardziej oddelegowane właśnie do pielęgniarek neonatologicznych, bo jest wiadomo oddział noworodkowy w obrębie tego oddziału położniczego. Natomiast położnych, ponieważ ja jako położnica byłam pod ich opieką, to kompletnie nie interesowało. Było tylko pytanie »Dziecko na patologii? Dalej na patologii? Dalej na patologii?« i już jakiegoś drugiego pytania, czy coś potrzebuję, nie było.

Kiedy potrzebowałam odciągać mleko, to laktator był bardzo okupowany. Zwłaszcza przez mamy, które miały dzieci przy sobie. Nie radziły sobie z przystawianiem, ponieważ nikt im tego po prostu nie pokazał. Te które bardziej chciały podawać swoje mleko, też odciągały i podawały z butelek. Tak to wyglądało niestety. Natomiast my, które miałyśmy wyłącznie możliwość odciągania, nie miałyśmy dostępu do tego laktatora. Mówiono,



że pierwszeństwo mają te, co mają dzieci. To było takie nie fair. W końcu ręcznym laktatorem odciągałam i zносиłam dziecku, bo mi bardzo zależało, żeby jednak piło mój pokarm. Było w troszkę gorszym stanie, a wiem jakie mleko ma właściwości. Bardzo mi zależało, żeby dostawało moje mleko. Akurat rozmawiałam z panią dietetyczką, która mnie jeszcze poinstruowała w jaki sposób mam odciągać, przenosić mleko. Cały czas odciągałam i wносиłam po prostu na górę na piętro wyżej i tam zostawiałam w lodówce, ponieważ nie wolno było do dziecka wchodzić również. To były czasy covidu i była wyznaczona godzina dziennie, że można było wejść do dziecka. Przed wypisaniem mnie do domu, jeszcze będąc na oddziale chciałam zostawić jak najwięcej mojego mleka, żeby mały miał zapas do momentu, kiedy je przywiozę znowu, bo daleko musiałam do niego dojeżdżać. Bardzo nie chciałam, żeby dostawał mieszankę. Ponieważ było wielkie ciśnienie na laktator o pewnych porach dnia, to musiałam zamknąć się w łazience i tam odciągać. Inaczej nie byłabym w stanie go użyć. Gdybym się nie zamknęła, to zaraz by były skargi, że ja znowu wzięłam laktator, a nie mam dziecka. Położna by mi go po prostu zabrała”. (K25)

Warto dodać, że ostatecznie kobiecie udało się karmić piersią. Po wyjściu ze szpitala odciągała mleko i dowoziła do syna. W 14 dobie wypisano dziecko, maluch przyssał się bezproblemowo do piersi, co w wielu przypadkach nie jest takie oczywiste. W tym wypadku trud kobiety został szybko wynagrodzony.

„Przystawił się do piersi w pozycji spod pachy natychmiast bez żadnego, najmniejszego nawet problemu. Zawodowy ssak. Pomimo że był karmiony butelką, ssał od początku. Ani razu nie musiałam, ani odciągać mleka, ani go dokarmiać. Do tej pory go karmię”. (K25)



Z kolei poniższa historia pokazuje, jak istotny może być dobór odpowiedniego laktatora klasy szpitalnej. Kobieta nie wiedziała, czy szpital posiadał laktator do użytku pacjentek, natomiast wysłano męża po kupno laktatora osobistego.

„Po cięciu na sali mąż już był i czekał na mnie z córką. Fartuch, który miałam na operację został rozsunięty. Córkę położyli mi na klatce piersiowej. No i był taki komentarz »Oooo pani to raczej nie będzie karmić«. Usłyszałam, że brodawki są płaskie i mięsiste i może za jakiś czas. Wcześniej się nad tym nie zastanawiałam, niestety. Po prostu nie miałam takiej wiedzy. Wydawało mi się, że jestem dobrze przygotowana, a nie wzięłam pod uwagę, że jeszcze jest jedna sytuacja, że dziecko może się jednak nie przyssać. I faktycznie ja mam płaskie brodawki, z czego jedna jest taka bardziej mięsista, gdzie i tak praktycznie ta pierś w czasie karmienia nie była praktycznie przez córkę używana. Tam była próba przystawienia, która dla mnie była taka trochę straszna, bo wzięli jej tę głowę i próbowali ją nasadzić. Pomyślałam »Boże, chyba dzieci czują ten zapach i potrafią się tam dostać, może trzeba było dać czas«. To też kwestia tego, że jednak człowiek jest w takim szoku. Myśli, że to będzie wyglądało inaczej, a jak już się dzieje i wygląda inaczej niż się założyło, to po prostu nie wiadomo co robić. Nie spałam w ogóle w nocy, więc byłam bardzo zmęczona. Była próba przystawienia i mąż został od razu wysłany po laktator do apteki. Nie zaproponowano mi laktatora w szpitalu. Bardzo żałuję tego, bo kupiliśmy laktator [nazwa firmy i marki], który na wiele kobiet działa, a na mnie nie. Jak się okazało nie każdy reaguje tak dobrze na laktatory i w moim przypadku ten laktator coś ścigał, ale miałam jeszcze wtedy mało pokarmu. Gdybym jeszcze miała kogoś wśród znajomych, kto miałby jakieś trudności, ale



mam dużo znajomych, które mają w sumie sporo dzieci i wszystkie karmiły naturalnie, więc bazując na tym doświadczeniu nawet nie przyszło mi do głowy, że może to wyglądać troszeczkę inaczej w moim przypadku. Zwłaszcza, że właśnie nie spotkałam się z takimi problemami. I tak mąż został wysłany po laktator i butelkę do karmienia. Później przeniesiono nas do sali poporodowej, pooperacyjnej. Nikt nie powiedział mi, że może warto było wezwać doradcę laktacyjnego. Natomiast każda położna, która przychodziła do nas miała swoje mądrości na to, co powinno się robić. Pierwsza, żeby kupić kapturki. Było też tak, że mój mąż próbował córkę nakarmić po palcu, w sensie intuicyjnie to zrobił. Oczywiście ręce były czyste. Został przez drugą położną, no co tu dużo mówić, objechany równo, że w ten sposób ją karmi, że nie z butelki. Natomiast później się dowiedziałam, że to jest normalna jedna z metod karmienia. Później był obchód, to chyba był drugi dzień po porodzie. Wszyscy z personelu jednocześnie krytykowali tych poprzednich »Nie, to nie tak. To w ogóle nie jest w ten sposób. Tutaj strzykawką trzeba odciągać. Proszę przygotować tę strzykawkę«. Lekarka i położna miały wspólne przekonania co do odciągania strzykawką i się razem nakręcały, że to właśnie to się tak robi. Położna zaczęła mi bez pytania rozpinąć koszulę nocną. Bez uprzedzenia zaczęła odciągać strzykawką. To było strasznie bolesne. Dużo nie pomogło. Jeszcze oczywiście była kwestia, że trzeba koniecznie podać butelkę. Były próby przystawiania. Nie chcę mówić, że się w ogóle nie udało, ale to było trudne, bo moja córka nie chciała otwierać buzi szeroko i nie dawała rady złapać piersi. Sprawdzane było wędzidełko, ale to nie w szpitalu. Z wędzidełkiem nie było problemów. Myślę, że może została odessana po tej cesarce zbyt mocno, bo wiem, że dzieci po takim



zabiegu czasami nie chcą otwierać buzi i tak już jej zostało. Z tym był problem dosyć długo. Nikt nam nie poradził innych laktatorów. Tego, że możemy wypróbować w ogóle w szpitalu jakieś laktatory, a był cały czas problem z tym odciąganiem pokarmu. Oczywiście powiedzieli, że musimy podać mleko modyfikowane. Podawałam je. Natomiast później już tydzień po porodzie wypożyczyliśmy laktator [nazwa firmy i marki laktatora klasy szpitalnej], czyli ten mercedes wśród laktatorów i faktycznie dał radę. Moje życie się zmieniło. Też pod tym kątem, że nie musiałam, aż tyle czasu spędzać na jedno odciąganie, chociaż nadal to bardzo długo trwało. W moim przypadku potrzeba było 20 minut, bo mniej więcej przed 20 minutą był dodatkowy wypływ i więcej pobierało się pokarmu. Umówiliśmy się z doradczynią laktacyjną już prywatnie i to nam dużo pomogło. Dopiero sama po wielu miesiącach doszłam do tego, jak zaczęłam słuchać innych kobiet i brakowało mi tego, żeby ktoś wtedy mi powiedział »Wykarmi pani jedną piersią, niech się pani nie przejmuje«. Cały czas miałam taki stres przez wiele miesięcy. Około 4 miesiąca nam się udało odejść od mleka modyfikowanego, a około 6 miesiąca odeszliśmy od laktatora. Nikt nie powiedział, że przecież bliźniaki też się da wykarmić, a są sytuacje, kiedy trojaczki się udało wykarmić piersią. Na początku, jak nie mogłam odciągnąć mleka, to miałam takie poczucie, że »Ojejku, nie dam rady. Wszyscy mi mówią, że mam to mleko modyfikowane«. Gdyby mi koleżanka jakaś powiedziała »A moje dziecko też w sumie tylko jedną pierś preferowało, drugiej nie chciało«. Jakbym coś takiego usłyszała wcześniej, to powiedziałabym już na początku, że »Ojej jedną piersią też się da. To nie jest jakiś problem. Dziecko sobie wystymuluje tę laktację«. (K57)



Historia powyżej jako kolejna pokazuje wiele błędów w postępowaniu, potwierdzających problemy wskazane w poprzednich podrozdziałach: informacja o brodawkach została przekazana w sposób niedelikatny, podważający możliwość wykarmienia dziecka, nie udostępniono matce laktatora klasy szpitalnej, polecono we własnym zakresie kupić laktator i butelkę, nie proponowano alternatywnych metod podawania pokarmu, nie zapewniono instruktażu odciągania mleka, zarówno ręcznie w szczególności siary dla noworodka, jak i laktatorem, nie oceniono umiejętności ssania dziecka, próby pomocy w karmieniu piersią były niespójne. Po odejściu od mieszanki i laktatora kobieta kontynuowała karmienie bezpośrednio z piersi przez kolejne 3 lata życia dziecka.

Na pewno stymulacja laktacji i powrót do bezpośredniego karmienia piersią wymaga ogromnej pracy i determinacji, ale i wiedzy, że coś takiego jest w ogóle możliwe. Relaktacja, czyli powrót do karmienia piersią po okresie niekarmienia lub zredukowanie ilości dokarmień (własnym mlekiem lub mieszanką) są możliwe. Lekarka i doradczyni laktacyjna, która udzieliła nam wywiadu, mówiła o tym, że warto podjąć próbę.

„Rekordzistka przyszła do mnie tydzień po porodzie i myślała, że już z karmieniem piersią jest pozamiatane. Była w szoku, jak jej powiedziałam: »Mamy co najmniej pół roku«”. (P1)

Na pewno konieczne do tego jest wsparcie specjalistki, ale warto mieć też na uwadze, że nie wszystkie próby stymulacji/relaktacji skończą się zakładanymi rezultatami. Nie zawsze powrót do bezpośredniego karmienia z piersi się uda lub nie zawsze kobieta się na to zdecyduje. Kolejną historię warto poznać, gdyż obrazuje ona jak istotna jest wiedza o tym, jak prawidłowo stymulować laktację. I pomimo, że kobieta nie uzyskała tej wiedzy od razu po porodzie w szpitalu, to znajdując wsparcie w grupie internetowej na Facebooku udało jej się przejść z prawie wyłącznego karmienia mieszanką w 3 miesiącu życia dziecka, na karmienie mlekiem odciągającym z piersi, co jest określane przez kobiety jako karmienie piersią inaczej (KPI). Trudności z karmieniem piersią miały swój początek już w szpitalu, a kobieta nie otrzymała skutecznej pomocy. W momencie rozmowy dziecko, które miało prawie 1,5 roku, oprócz stałych pokarmów, nadal otrzymywało odciągnięte mleko matki.



„W szpitalu bardzo szybko zaczęłam mieć poranione brodawki. Leciła krew. Jedna położna mówiła karmić mimo to, bo to nie jest duże uszkodzenie, druga - zostawić tę gorszą pierś, karmić z jednej. Co zmianę, dostawałam od położnych sprzeczne informacje, zupełnie inne rady i byłam zupełnie ogłupiała. Przez pierwsze 3 miesiące, kiedy jeszcze walczyłam o karmienie piersią, przed każdym przystawieniem córki miałam łzy w oczach. Czułam wewnętrzny odrzut. Walczyłam sama ze sobą, żeby ją przystawić, bo to był ogromny ból. Miałam mało czasu dla córki, bo jak miałam ją przy piersi, to bolało i byłam sfrustrowana, a po karmieniu oddawałam ją mężowi, a sama siedziałam z laktatorem. Sądzę, że powinna być bardziej kompleksowa diagnostyka samego dziecka. Gdyby mi wcześniej zwrócono uwagę na to, że ona jest ospała, bo ma żółtaczkę, że ma problem z wędzidełkiem, że ma problem z napięciem mięśniowym, to byśmy wcześniej trafili na dobrą rehabilitację, na podcięcie wędzidełka. Pamiętam ogromną różnicę po podcięciu. Po kilku dniach ssła dużo mniej boleśnie. Nie miałam już tych łez w oczach, gdy ją przystawiałam do piersi. Gdybym wcześniej trafiła na kogoś, kto by mi powiedział, że problem może być nie tylko po mojej stronie. Wydawało mi się, że to kwestia moich piersi, że nie mam pokarmu. Czytałam, że nie ma czegoś takiego jak genetyczne uwarunkowanie produkcji mleka, ale gdzieś z kolei trafiłam na jakieś opracowanie i pomyślałam to na pewno ja – ja tego mleka nie mogę mieć. Skoro mama nie miała, skoro siostra nie miała. A potem zostałam dawczynią mleka kobiecego. Moja serdeczna przyjaciółka się ze mnie śmiała, że jestem mlekowitą. Zanim to się stało piłam słód jęczmienny, herbatki, które mi też bardzo pomogły, ale one mają na sobie rysunek mamy karmiącej piersią. Pamiętam moment, że patrzyłam



na te opakowania i płakałam. Czułam się niepełnowartościową matką, która nie potrafi dziecku dać czegoś najbardziej podstawowego. Wciąż słyszałam komunikaty, szczególnie od mojej siostry i mojej mamy, które obydwie karmiły krótko po 2-3 miesiące, mówiły »Przejdź na mleko modyfikowane. Ty nie masz żadnej radości z tego macierzyństwa«. Bardzo mi brakowało, żeby ktoś mi powiedział »Dasz radę zawalczyć jeszcze. To jest dobre«. Były takie chwile, kiedy myślałam, żeby przejść na mleko modyfikowane, szczególnie, że na początku ja po prostu przespałam swój nawał. Był moment, że tego mleka było dość. Odciągałam 100 ml na jedną pierś, na drugą 60 ml. Na tamte czasy, jak córka była malutka, to było nawet za dużo, niż ona zjadała. Nie mając żadnej wiedzy na temat KPI, którą nabyłam później z grupy internetowej, myśląc, że skoro jest tego tak dużo odciągałam, kiedy chciałam. Nie robiłam tego regularnie, bo nie wiedziałam, że trzeba, że to jest takie ważne, żeby to robić co 3 godziny, żeby tych sesji było minimum 8, a najlepiej więcej na rozkręcenie laktacji. Potem nagle przyszedł moment, że mojego mleka nie było. Córka praktycznie była na mleku modyfikowanym. To był moment kryzysowy, kiedy ja naprawdę byłam bardzo bliska tego, żeby rzucić to wszystko. Siedziałam z laktatorem po pół godziny i odciągałam 10-15 ml. Patrzyłam na te wielkie butelki z tą kapką mleka na dole ze łzami w oczach. Na tej grupie wyczytałam, że trzeba te butelki zasłaniać skarpetkami i nie myśleć o tym co się robi tylko odciągać, walczyć. Nie umiem powiedzieć, dlaczego ja wytrwałam. 8-9 sesji na rozkręcanie tej laktacji. W tym momencie jestem na 3 sesjach i wydaje mi się to tak ciężkie. Jak ja to robiłam nawet 9-10 razy dziennie? Bardzo zmotywowało mnie to, że w pewnym momencie zdecydowałam się zostać dawczynią do Banku Mleka Kobiecego.



Miałam tego mleka bardzo dużo już w pewnym momencie. Tak rozkręciłam laktację, że faktycznie lodówka pękała w szwach. Córka tego nie przejadała. Przez to, że wiedziałam, że ten Bank Mleka Kobiecego jest, bo korzystałam z niego i jakie to mleko jest ważne, zgłosiłam się. 33,5 l oddane do banku. To też motywowało, że wykarmiam nie tylko swoje, ale też inne dzieciaki. Mam fajny kontakt z położnymi z Banku Mleka w tym samym szpitalu, w którym rodziłam. Czułam, że robię coś dobrego, że to jest potrzebne. Dostawałam informację, że kilka małych dzieciaków, wcześniaków dostało to mleko. Moja córeczka do tej pory, mimo że je z butelki, to jak jest głodna, idzie do piersi. Ona wie, że to mleko jest stamtąd. Jak pompuję to mleko, to siedzi przy mnie, trzyma butelkę z tym mlekiem i mówi »Mniam« i przytula się i się cieszy. W trakcie picia potrafi wyjąć butelkę z buzi i też powiedzieć do mnie »Mniam« z taką rozkoszą i pije dalej. To mi nie pozwalało skończyć. Mam takie poczucie, że dałam coś temu dziecku, że to jest ode mnie, że córka choruje, ale te wszystkie choroby jakoś trochę łatwiej przechodzą. Nie jestem pewna, na ile to działa faktycznie na odporność, ale też patrzę na nią i ona tak chce to mleko, ma tę potrzebę. Wydaje mi się, że jednak jest sens odciągać, nie umiem tego wytłumaczyć”. (K45)





Problem!

Zdarza się, że szpitale nie zapewniają każdej potrzebującej matce skutecznego sprzętu do odciągania pokarmu oraz że w przypadku trudności z bezpośrednim karmieniem piersią czy oddzieleniu od dziecka kobiety NIE otrzymują informacji o możliwości stymulacji laktacji i karmienia dziecka mlekiem odciągniętym z piersi, a także instruktażu jak to robić.

3.2.12. WCZEŚNIACTWO I INNE TRUDNOŚCI ZDROWOTNE NOWORODKA

W dziale 3.1. prezentowałyśmy dane o tym, że spośród dzieci ankietowanych 1,6% urodziło się z trudnościami, 8,9% urodziło się przedwcześnie między 33 a 37 tygodniem ciąży, zaś 0,6% - skrajnie przedwcześnie, czyli do 32 tygodnia ciąży.

Część z wymienianych przez kobiety trudności związana była z powikłanym porodem - indukcja, niedotlenienie okołoporodowe, poród kleszczowy, próżnościąg (vacuum), zatrzymanie akcji porodowej lub poród wolno postępujący, spadek tętna płodu podczas porodu siłami natury, co najczęściej kończy się cięciem cesarskim, owinięcie pępowiną. Część miała miejsce już po porodzie - wzrost hematokrytu i spadki saturacji, zapalenie płuc, zator w żyłę pępkowej, bradykardia, rozszczep podniebienia miękkiego, choroba hemolityczna, zamartwica urodzeniowa, zapalenie układu moczowego. Część trudności wywołana była infekcją wewnątrzmaciczną, a niektóre były zdiagnozowane już w ciąży, np. wady serca, trisomia 21. Niektóre dzieci, szczególnie urodzone przedwcześnie, borykały się z problemami ze ssaniem.

Dzieci z trudnościami i urodzone przedwcześnie, jeżeli istnieją ku temu wskazania medyczne, są przenoszone na oddział, w którym znajdują się pod intensywną opieką medyczną (oddziały takie mają różne nazwy w zależności od przyjętej w danym szpitalu, np. Oddział Intensywnej Terapii Noworodka – OITN czy Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej itp.).



Karmienie piersią może być w tych przypadkach szczególnie trudne, ponieważ zakłóconych może zostać wiele procesów, o których pisaliśmy wcześniej oraz istnieje duże ryzyko oddzielenia matki od dziecka, co wymaga poczynienia odpowiednich kroków w celu pozyskania i przekazania mleka matki dziecku. Ze względu na szczególną wartość terapeutyczną mleka matki dla dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych ważne jest, aby zainicjować i utrzymać karmienie mlekiem matki. Postępowanie wskazywane w poprzednich podrozdziałach na podstawie zapisów S000 może mieć zastosowanie, a w szczególności:

- ręczne pozyskiwanie siary;
- zapewnienie sprzętu do skutecznego pozyskiwania pokarmu oraz instruktaż i pomoc w stymulacji laktacji;
- jeśli nie jest możliwy pełen kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie, to w miarę możliwości jak najszybszy i najczęstszy kontakt w późniejszym czasie (tzw. kangurowanie);
- jeśli nie jest możliwe przebywanie razem matki i dziecka w systemie rooming-in, to zapewnienie przebywania matki jak najbliżej dziecka, np. pozostawanie jak najdłużej w szpitalu.

Jednocześnie S000 w ust. 1 rozdziału XV. *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych* wskazuje na sytuacje szczególne, do których zaliczane jest urodzenie dziecka chorego lub z wadami wrodzonymi, niezdolnego do życia, dziecka martwego, czy poronienie. Kobieta wówczas powinna otrzymać opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji.

„XV. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych

[...]

12) kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.”.

(S000)



W 2014 r. został opracowany „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego”, którego celem jest „ujednoczenie zasad pracy personelu medycznego, umożliwiające właściwe przygotowanie matek i rodzin do rozpoczęcia i utrzymania laktacji, co pozwala zapewnić noworodkom przedwcześnie narodzonym, chorym żywienie naturalne. Warunkiem koniecznym osiągnięcia celu jest akceptacja i aktywne wsparcie ze strony kadry zarządzającej szpitalem, oraz spójna współpraca całego personelu na wszystkich etapach opieki nad dzieckiem i jego rodzicami”¹⁶⁹. Pomimo, że skierowany jest do ośrodków wyższego poziomu referencyjności, to jest on źródłem dobrych praktyk dla wszystkich placówek mających pod opieką noworodki.

„Jeśli dziecko nie jest w stanie prawidłowo ssać z piersi bezpośrednio po urodzeniu, matka powinna niezwłocznie rozpocząć odciąganie pokarmu. Matkom należy pomóc w rozpoczęciu tej procedury, aby pozyskiwanie mleka rozpocząć tak szybko, jak to możliwe, najlepiej już w sali porodowej, jednak nie później niż do szóstej godziny po urodzeniu dziecka. Szczególną uwagę należy zwrócić na pozyskanie siary (młodziwa), ze względu na jej wyjątkowy i unikalny skład i związane z tym korzyści zdrowotne dla dziecka. Wskazane jest pokrycie siarą śluzówek jamy ustnej wcześniaka w pierwszych minutach życia, jeszcze przed opuszczeniem sali porodowej. Każdej matce wcześniaka prezentuje się obie metody odciągania pokarmu: ręczne oraz z użyciem laktatora. Należy dobrać metodę w zależności od preferencji matki, intensywności odciągania i planowanego okresu pozyskiwania mleka”¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11, s. 10.

https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷⁰ Tamże, s. 12.



Dodatkowo zaleca się podawanie jako drugiego najlepszego rozwiązania po mleku matki, mleka kobiecego pochodzącego z Banku Mleka Kobiecego (BMK). Idealną sytuacją jest, gdy to mleko z BMK może być podawane do czasu, kiedy matka z pomocą personelu zainicjuje laktację i będzie mogła pozyskiwać dla dziecka własne mleko, co również zalecono w S000.

„Mleko kobiece jest nadrzędnym pokarmem, optymalnie spełniającym potrzeby odżywcze, immunologiczne, przeciwzapalne i troficzne rozwijającego się organizmu. Gdy mleko własnej matki jest niedostępne i nie ma przeciwwskazań do podaży pokarmu kobiecego, rekomendowaną alternatywną możliwością jest podawanie pasteryzowanego i przebadanego mleka od dawczyń. Pokarm naturalny z banku mleka jest szczególnie wskazany u noworodków wysokiego ryzyka, u których udokumentowano jego szczególne korzyści zdrowotne i profilaktyczne”¹⁷¹.

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

9) noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równolegle rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;

[...]” (S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

¹⁷¹ Tamże, s. 13.



Dlaczego podawanie mleka matki czy mleka innych kobiet – honorowych dawczyń, jest tak ważne? W publikacji „Banki Mleka w Polsce” powołano się na europejskie rekomendacje, które wskazują, że pierwszeństwo dostępu do mleka od dawczyń mają kolejno: noworodki przedwcześnie urodzone, w tym pozostające w stanie ciężkim, chore noworodki przedwcześnie urodzone, noworodki donoszone pozostające w stanie ciężkim, chore noworodki donoszone, noworodki i niemowlęta przed i po operacji, dzieci będące pod opieką hospicjum i jako ostatnie noworodki zdrowe¹⁷². Poniżej cytujemy informacje związane z terapeutyczną rolą mleka kobiecego, które pokazują, jak dużym ryzykiem dla zdrowia, na przykładzie grupy wcześniaków, jest karmienie sztuczne.

„Podaż mleka kobiecego ma znaczenie odżywcze, immunologiczne i troficzne dla wzrastającego i dojrzewającego organizmu. U noworodków przedwcześnie urodzonych karmionych mlekiem matki udokumentowano poprawę przeżywalności, zmniejszenie ryzyka występowania martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, zakażeń, zmniejszenie częstości hospitalizacji w pierwszym roku życia, poprawę parametrów neurorozwojowych. Podaż pokarmu naturalnego noworodkowi na oddziale intensywnej terapii powinna być więc traktowana jako element procesu leczenia”¹⁷³.

Zmniejszenia ryzyka zachorowania na martwicze zapalenie jelit, czyli chorobę dotykającą w szczególności dzieci przedwcześnie urodzone, w przypadku, gdy dziecko jest karmione piersią lub otrzymuje mleko kobiece (pochodzące od honorowych dawczyń mleka kobiecego) potwierdzają zagraniczne metaanalizy¹⁷⁴.

¹⁷² Wesołowska A., *Żywność pacjentów oddziałów neonatologicznych mlekiem z banku mleka kobiecego w świetle medycyny opartej na dowodach*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, s. 62-63, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷³ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji...*, s.9.

¹⁷⁴ Altobelli E., Angeletti P.M., Verrotti A., Petrocelli R., *The Impact of Human Milk on Necrotizing Enterocolitis: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Nutrients* 2020, 12(5):1322, <https://doi.org/10.3390/nu12051322>



„Martwicze zapalenie jelit (NEC) niesie ze sobą poważne ryzyko, w tym posocznicę, konieczność resekcji jelita, niewydolność jelit i śmierć. Nawet łagodniejsze przypadki utrudniają rozwój dziecka, zwiększają ekspozycję na antybiotyki, opóźniają przejście na pełne żywienie dojelitowe, zwiększają obciążenie kosztami i wydłużają czas pobytu na OIOM-ie. Karmienie mlekiem kobiecym, szczególnie mlekiem matki, pozostaje skuteczną strategią zapobiegawczą przeciwko rozwojowi NEC”¹⁷⁵.

„Karmienie wcześniaków mlekiem kobiecym w znaczący sposób zmniejsza odsetek występowania zarówno martwiczego zapalenia jelit, jak i sepsy. Podawanie pokarmu kobiecego wpływa korzystnie na zmniejszenie ogólnej zachorowalności w tej grupie dzieci, poprawia tolerancję żywienia, zapobiega niedoborom żywieniowym i zaburzeniom neurorozwojowym. U wcześniaków karmionych mlekiem kobiecym obserwuje się także mniejszy odsetek ponownych hospitalizacji. Dostarczanie więc tym dzieciom pokarmu własnej matki lub mleka od dawczyń z banku mleka kobiecego powinno być priorytetem na oddziałach intensywnej terapii noworodka. Jedynie pokarm kobiecy posiada udowodnione znaczenie w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia martwiczego zapalenia jelit o 50%, a martwiczego zapalenia jelit wymagającego leczenia chirurgicznego o 90%”¹⁷⁶.

¹⁷⁵ York D.J., Smazal A.L., Robinson D.T., De Plaen I.G., *Human Milk Growth Factors and Their Role in NEC Prevention: A Narrative Review*, *Nutrients* 2021, 13(11):3751, <https://doi.org/10.3390/nu13113751> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷⁶ Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka urodzonego przedwcześnie i jego matki*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, s. 22, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



WHO i UNICEF wskazują, że małe, chore i przedwcześnie urodzone dzieci są narażone na zwiększone ryzyko opóźnienia wzrastania, chorób zakaźnych, opóźnień rozwojowych, a nawet śmierci, w okresie niemowlęcym i dzieciństwie. Ludzkie mleko i karmienie piersią są niezwykle ważne dla tych dzieci w celu zmniejszenia zapadalności na choroby i śmiertelności tych dzieci oraz w celu zapewnienia najlepszego możliwego wzrostu i rozwoju¹⁷⁷:



„Mleko kobiece jest lekarstwem dla obojga – dziecka i matki: mleko dla dziecka i fakt dostarczenia go przez matkę dla niej samej”.

O tym, jak istotne jest karmienie piersią lub mlekiem kobiecym dla profilaktyki zdrowotnej mówiła neonatolożka, która udzieliła nam wywiadu, podając za przykład martwicze zapalenie jelit, na które częściej zapadają wcześniaki karmione mieszanką, ale też wskazując na inne choroby cywilizacyjne, których odsetek mógłby się zmniejszyć wraz ze wzrostem karmienia naturalnego.

„Zapobieganie martwiczemu zapaleniu jelit to jest najbardziej, najlepiej udokumentowana korzyść wynikająca z karmienia mlekiem matki. Tutaj przede wszystkim najskuteczniej działa mleko kobiece jeszcze najlepiej, jeśli nie jest pasteryzowane, bo przy pasteryzacji jednak też troszkę tych czynników immunologicznie aktywnych ginie. Zdecydowanie przynosi to bardzo dobre efekty i bardzo radykalnie zmniejsza ryzyko martwiczego zapalenia jelit, a jest to naprawdę dramatyczna choroba, bo obarczona dużą

¹⁷⁷ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648> [dostęp: 30.11.2023]



śmiertelnością u dzieci, wcześniaków, które zapadną na to martwicze zapalenie jelit, ale również te które przeżyją, a zachorowały no to w dużej mierze mierzą się z chorobą całe życie, bo mają wycinany całkiem niemały odcinek jelita, bo to przecież ta część chora plus otoczenie, więc przewód pokarmowy u tych dzieci już nie będzie funkcjonował zupełnie prawidłowo. Jest to kwestia po prostu uszkodzenia bardzo wrażliwych i bardzo niedojrzałych jelit przez te czynniki, które niesie ze sobą karmienie mieszanką modyfikowaną. Mogę już powiedzieć po wielu latach pracy zawodowej, że mimo wszystko w Polsce nadal nie doceniamy działań, które są najtańsze, czyli nie inwestujemy stosownie dużo i dobrze w profilaktykę. Nie doceniamy tego, jak wiele ta profilaktyka może nam przynieść przy stosunkowo niedużych nakładach, bo jeśli chodzi o wspieranie karmienia naturalnego, to naprawdę za małą świadomość mamy, albo nie chcemy tej jej mieć, że jeśli zainwestujemy w zwiększenie odsetka karmienia piersią naszych najmłodszych pacjentów, to w perspektywie 20, 30, 50 lat naprawdę możemy oszczędzić całkiem duże pieniądze, które można by było przeznaczyć na te dziedziny, na które nie jesteśmy w stanie profilaktyką, aż tak bardzo wpłynąć. To nie jest mój wymysł, tylko takie badania i przeliczniki ekonomiczne robią uczelnie ekonomiczne na świecie. Jest kapitalna publikacja Uniwersytetu z Yorku, w której naukowcy przeliczyli jakie oszczędności można by poczynić, gdyby wszystkie wcześniaki były w 100% karmione mlekiem kobiecym czy to mlekiem matki własnej, czy mlekiem z Banku Mleka Kobiecego, jakie zyski ekonomiczne by to danemu krajowi przyniosło. Te dzieci w pierwszych miesiącach czy latach życia będą mniej chorowały, a więc mniej będą obciążały system ochrony zdrowia swoimi problemami bieżącymi, ale te



dzieci również będą miały mniejsze ryzyko chorób cywilizacyjnych, czy to choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, chorób onkologicznych. Jest zależność również między karmieniem naturalnym a zmniejszeniem ryzyka zapadalności na choroby nowotworowe, które są plagą i z roku na rok odsetek osób z chorobami nowotworowymi będzie coraz większy. Niestety tak to wygląda. Można by w wielu sytuacjach temu zapobiegać, gdybyśmy zainwestowali pieniądze we wsparcie, takie porządne, dobrze rozumiane wsparcie karmienia naturalnego”. (P3)

Zanim przejdziemy do analizy procesu pozyskiwania mleka matki w przypadku dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, przyjrzyjmy się jak realizowano zalecenie S000 w stosunku do podawania mleka z BMK. Według danych z wypełnionych ankiet mleko kobiece od dawczyń podano 1,6% noworodków (urodzonych w szpitalu lub hospitalizowanych wkrótce po porodzie poza placówką - dane na podstawie odpowiedzi na pytanie „*Jak dziecko było żywione w szpitalu?*”, które będą szerzej zaprezentowane w podrozdziale 3.2.13.). W odniesieniu do dzieci urodzonych przedwcześnie i skrajnie przedwcześnie odnotowałyśmy, że tylko 8,5% z nich otrzymało mleko z BMK.

„Uważam za mocno niestosowne ze strony położnych, że w pierwszej kolejności padła propozycja podania mieszanki, a nie mleka z Banku Mleka Kobięcego, do czasu rozkręcenia laktacji. Całe szczęście byłam uświadomiona wcześniej i o to zaważyłam - przy wcześniaku powinien być to standard, a nie kręcenie nosem”. (A11)

„W szpitalu na oddziale wisiła informacja, że mleko z Banku Mleka Kobięcego jest dostępne dla wcześniaków. Dowiedziałam się o tym, a właściwie zobaczyłam tę informację w dniu, kiedy już byłam



wypisywana. Nikt mi nie zaproponował tego. Mam trochę żal, bo jako wcześniakowi się należało". (K16)

„Mojemu dziecku od razu po porodzie odmówiono mleka z Banku Mleka Kobiecego (mimo, iż taki w szpitalu istnieje), ze względu na to, że było »dużym wcześniakiem« (3210g) – jak mi później powiedziano". (A1442)

Obecnie funkcjonuje w Polsce 16 banków mleka kobiecego¹⁷⁸. Wydaje się, że jest to wciąż zbyt mało przy ponad 300 oddziałach, w których rodzą się dzieci. Zdarzało się przy tym, że mleko z BMK oferowano dzieciom donoszonym i zdrowym.

„Leżała ze mną na sali dziewczyna, która miała porażenie nerwowe po znieczuleniu i miała problem ze wstawaniem. Wyraziła zgodę na podawanie mleka z butelki tylko, że pierwsze dawki mleka, to nie było mleko modyfikowane, tylko dziecko dostawało mleko z Banku Mleka Kobiecego. Podpisałam taką zgodę w związku z tym, że jak przyjmowano nas do szpitala, to szpital się szczyci tym, że mają bank i w razie ryzyka, czy jakichkolwiek problemów, to dla każdego dziecka przewidziane są 2 czy 3 dawki mleka z BMK. Podpisałam taką zgodę zrzeczenia się swojej porcji na rzecz jej dziecka, bo mi nie było to potrzebne. Dzięki temu ona mogła przez tę dobę przynajmniej dziecko mieć na mleku z banku, a później już w zasadzie już sobie radziła sama. Ale była taka presja, żeby jednak mimo wszystko jak najszybciej ruszyła z tym karmieniem, żeby jak najszybciej się z tego łóżka się podniosła, żeby to dziecko karmić,

¹⁷⁸ <https://bankmleka.pl/znajdz-bank-mleka/> [dostęp: 30.11.2023]



bo »Jak pani nie będzie karmić, to dziecko nie odbije z masy i do domu nie pójdzie«. (K48)

Sytuacja, w której standardem byłoby dokarmianie wszystkich wymagających tego dzieci (kiedy mleko matki nie jest dostępne) mlekiem z Banku Mleka Kobięcego, byłaby na pewno korzystna. Byłoby to jednak niezwykle trudne do realizacji, tym bardziej, że wciąż nie wszystkie dzieci przedwcześnie urodzone i chore są biorcami tego mleka. Z uwagi na małe zapasy, priorytetem powinny być te grupy dzieci. Jak wskazuje WHO i inicjatywa „Szpitala przyjaznego dziecku”:



Dostarczanie mleka ludzkiego od dawczyń dzieciom chorym i przedwcześnie urodzonym może ratować ich życie, jednocześnie zwiększając świadomość wartości karmienia piersią i mleka ludzkiego w społeczeństwie¹⁷⁹.



Problem!

Mleko z Banków Mleka Kobięcego stanowi niewielki udział w żywieniu dzieci urodzonych przedwcześnie – otrzymuje je jeden noworodek na 10 (8,5% dzieci ankietowanych kobiet spośród tych, które urodziły przedwcześnie i skrajnie przedwcześnie). Zdarza się natomiast, że takie mleko jest oferowane dzieciom donoszonym i zdrowym jako alternatywa dokarmiania mieszanką, choć priorytetem powinny być wcześniaki.

¹⁷⁹ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital...*, j.w.



Wróćmy jednak do mleka matki.

„Na wszystkich etapach realizacji karmienia wcześniaka, poza całkowitym żywieniem parenteralnym [pozajelitowym – drogą dożylną], naczelnym zadaniem personelu lekarsko-pielęgniarskiego powinno być wspieranie karmienia pokarmem naturalnym, współpraca i edukacja matek i rodziców dziecka w tym zakresie, wspólne ustalanie planu żywienia. W tym planie naczelne miejsce zajmuje mleko matki, które jest optymalnym pożywieniem dla każdego dziecka – zdrowego i chorego”¹⁸⁰.

Oto co usłyszała jedna z matek skrajnego wcześniaka w 3. dniu życia dziecka od neonatologa:

„Mleko mamy jest dla skrajnego wcześniaka najlepszym lekarstwem i zachęcał do odciążania mleka i dostarczania mleka do szpitala”. (A1837)

W poniższej historii kobieta urodziła skrajnego wcześniaka, którego karmiła wyłącznie swoim mlekiem. Personel oddziału położniczego nie udzielił jej pomocy. Na przykład według wspomnianego na początku rozdziału programu wczesnej stymulacji laktacji, za procedurę pozyskiwania siary odpowiada położna opiekująca się matką po porodzie¹⁸¹. Kobieta otrzymała natomiast pomoc od personelu dedykowanego opiece nad noworodkiem.

¹⁸⁰ Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka...*, j.w.

¹⁸¹ Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria 2014*, T. 11, s. 28.

https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



„Dziecko było na oddziale intensywnej terapii. Następnego dnia rano (poród był wieczorem), mogłam odwiedzić dziecko w inkubatorze. Dzielili nas 2 piętra, tak jest zorganizowany szpital. Ze względu na to, że moje dziecko było na innym oddziale, musiałam prosić o pomoc w rozpoczęciu laktacji i udzielenie podstawowych informacji (położne z oddziału, na którym leżałam nie zajmowały się moim dzieckiem, więc »nie widziały« mnie jako pacjentki). Dziecko było żywione początkowo żywieniem pozajelitowym. Dużo informacji zdobyłam już później od pań zarządzających oddawanym dla dziecka mlekiem na oddziale intensywnej terapii noworodka. Wytłumaczono mi, jak używać laktatora i jak zanosić pokarm dla dziecka na oddział. Zostały mi dobrane odpowiednie lejki do laktatora przez położną. Usłyszałam, że na początku nie będzie pokarmu dużo, ale ważne jest, aby regularnie odciągać laktatorem i nawet najmniejsze ilości znosić dziecku na oddział intensywnej terapii. Powrót dziecka do domu nastąpił po 2 miesiącach”. (A2280)

Niestety zdarza się, że mleko matki nie jest uwzględniane w planie żywienia dziecka. Poznajmy historię kolejnej kobiety, która również urodziła skrajnie przedwcześnie dziecko. Kobieta wykazała się ogromną determinacją, również w zdobywaniu wiedzy na własną rękę i szukaniu pomocy prywatnie, dlatego warto poznać jej historię w całości.

„Bardzo mało położnych, o lekarzach to już nie wspomnę, nie ma bladego pojęcia albo raczej ma pojęcie takie bardzo staroświeckie. Tak naprawdę na wszystko jest wciskane mleko modyfikowane, a mleko matki jest najgorsze ze wszystkiego co istnieje. Milion uczuleń, wszystkie problemy brzuchowe to jest wszystko przez mleko i od razu przejdź na modyfikowane, bo po co męczyć siebie



i wszystkich na około. To było tak, że przy pierwszej córce moje karmienie piersią skończyło się po miesiącu. Wina tego, że no cóż teraz się okazuje, że miała mocno skrócone wędzidełko, do tej pory ma. Po drugie ja miałam potężną hiperlaktację, ona sobie z tym nie radziła i jeszcze moja kochana mama stwierdziła, że smoczek i butelka to jest idealna rzecz, żeby mnie odciążyć, a jeszcze nic nie wiedziałam i przeszłam na karmienie piersią inaczej, ale to była mordęga. No tyle razy odciągać. Ja i tak nie odciągałam tyle co trzeba, bo ja przy 6 seriach ściągałam 2,5 litra, to jest potężna ilość. I ja już przy tych 6 sesjach wiedziałam, że to jest tragedia, a po drugie staraliśmy się o drugie dziecko, więc szybko przestałam odciągać. Skończyłam dlatego, że chcieliśmy mieć jak najmniejszą różnicę wieku między dziećmi. Odciągałam 5 miesięcy. Mogłabym spokojnie pociągnąć więcej, ale po pierwsze miejsce w zamrażarce mi się skończyło. Po drugie, żeby jajniki ruszyły musiałam po prostu skończyć odciągać. Modyfikowane to też jest tragedia i mordęga, to tyle powiem, więc przy drugiej córce stwierdziłam, że się zawezmę i się uda. Przy pierwszej córce nie było osoby, która by mi pomagała. Weszłam na grupę na Facebooku tę KPI. No to jest po prostu ogrom wiedzy i stamtąd też się dowiedziałam, że jest grupa o karmieniu piersią i jak byłam w drugiej ciąży to wszystko czytałam, żeby nic nie zawalić następnym razem. No po prostu nie chciałam sobie tego zrobić szczególnie, że mam rok różnicy między dziewczynami i myślałam, że jakbym musiała latać z butelką, to po prostu nie dałabym rady. A i tak się okazało, że było, jak było i tak skończyłam na początku z laktatorem, ale przynajmniej wiedziałam co robić. Druga córka urodziła się w szpitalu, który nie był przygotowany do tak wczesnego porodu. Nie miał sprzętu dla tak małych dzieci. No jak leżałam na sali poporodowej i pomału po 3-4



godzinach przyjechała karetka, to na dzień dobry, tam był neonatolog i pani, która transportowała dziecko, oni od razu mi powiedzieli, że w tym szpitalu broń boże nie przyjmą mleka, ponieważ to jest obce mleko i nie będą podawali niesprawdzonego pokarmu dziecku. Także nawet siary nie chcieli wziąć. Córkę przetransportowano. Był brak odwiedzin. 31 dni się nie widziałyśmy. Po takim czasie ją poznałam. Na oddziale, gdzie zostałam, nie chcieli mnie zaczepiać, nie miałam dziecka. Gdy poprosiłam o strzykawkę do zbierania siary (żeby zamrozić) dziwnie patrzyli, ale dali. Laktatora nie było, więc przez dwa dni odciągałam ręcznie, żeby jakkolwiek pobudzić laktację. Usłyszałam, że żeby rozkręcić powinnam odciągać co ok. 5h do uczucia ulgi. Oczywiście zrobiłam po swojemu, bo to bzdury. Na OIOM-ie, gdzie było dziecko, powiedzieli, że nie ma żadnej szansy podawania mojego mleka dziecku. Jak trafiła po 20 dniach na oddział patologii noworodka powiedzieli, że mogłabym im dostarczać mleko, ale musiałabym to robić codziennie - najlepiej 2 razy dziennie, a ja miałam do niej prawie 80 km. Tak czy siak, bym dziecka nie widziała w ogóle na początku, więc musiałabym jeździć 2 razy dziennie, przywozić mleko, bo maksymalnie 12-24 godziny mleko może u nich stać i jeszcze kilka innych wymogów dali, których po prostu nie byłam w stanie spełnić w żaden sposób. Na początku myślałam o złożeniu skargi przez samo to, że w ogóle nie mogłam dziecka zobaczyć. Tam już dostarczanie mleka, że tak powiem olałam, ale no nie miałam siły po prostu psychicznej, bo samo dzwonienie codziennie i użeranie się z nimi, żeby się cokolwiek dowiedzieć o dziecku, to już mnie po prostu tak zmęczyło, że nie chciało mi się już na koniec po prostu. Odciągałam mleko, bo po pierwsze jak urodziła się wcześniakiem, to ja wiem, że moje mleko dla niej było na wagę



złota, więc chciałam jej dać to co najlepsze, a po drugie – wygoda. Nie oszukujmy się, bo jednak łatwiej jest nakarmić piersią i nie zabierać tony butelek, laktatora i czego tam jeszcze nie trzeba zabierać ze sobą. Zdrowotnie i czasowo na plus. O to mi chodziło. Druga córka też ma krótkie wędzidełko. Już pomału kończymy ogarniać po tych paru miesiącach masaży, ale było tak, że ona wróciła do domu i ja przez pierwsze 3 dni dawałam jej całą tę siarę z zamrażalki z butelki, a później stwierdziłam, że po prostu dam jej pierś. I tak się zaczęło i po prostu z dnia na dzień przesłam na pierś, ale się okazało, że w tydzień przybrała tylko 20 g, ale właśnie wtedy miałam już kontakt do doradczynią CDL. Przyjechała do nas. Ustaliliśmy, że mała ładnie je. Ja oczywiście hiperlaktacja na poziomie 2 litrów na dobę. Ona po prostu sobie nie radziła z taką ilością mleka. Stopniowo schodziłam z laktatora, bo ona nie dojadła, więc u mnie piersi pełne. I po tygodniu ruszyła z wagą, więc stwierdziliśmy, że kontynuujemy bez dokarmiania. Po prostu mieliśmy dać sobie ten tydzień, żeby zobaczyć, czy ruszy z wagą. Jeżeli nie ruszy, to mielibyśmy zacząć dokarmiać moim mlekiem z zamrażalki, ale nie trzeba było, bo sobie poradziła. No ale ona cały czas klikała, cmokała, więc też od razu się umówiłam do neurologopedy i zaczęłam pomału ogarniać jej buzię i teraz ma 8 miesięcy urodzeniowych i grubo ponad 9 kilo, więc dobrze jej idzie. Ta opieka to była prywatna z tego miasta jedyne duże w okolicy, czyli 80 km od nas. Dziewczyna od nas w mieście, która prowadzi zajęcia dla małych dzieci w tym chustonoszenie i właśnie ma kontakt do jedynej CDL, która przyjeżdża do nas do miejscowości, więc od niej mam kontakt. To takie teraz skomplikowane, żeby się do kogoś dostać w tym temacie. Jednorazowo był to wysoki koszt wizyty, bo to było ponad 400 zł.



Ona musiała dojechać, jeszcze wizyta i wrócić, więc jej to długo zeszło, ale no porównując do tego, że 400 zł na przykład na modyfikowane to jest nic, dosłownie, no to nie był duży koszt. Mogę ciekawostkę podać. Jak mała wyszła ze szpitala miałam 42 litry w zamrażarce. Także córki kąpały się jak Kleopatry, bo starsza nie chciała mleka w żadnej formie". (K2)

W tej historii odmówiono zabrania siary do podania dziecku nazywając mleko matki obcym! Zabroniono dostarczania mleka matki w czasie, gdy dziecko przebywało na oddziale intensywnej terapii. Po przeniesieniu dziecka na oddział patologii noworodka, nie ułatwiono kobiecie dostarczania jej własnego mleka, co mogłoby mieć miejsce na przykład, gdyby uwzględniono procedury rozmrażania. W tej sytuacji nie doceniono wartości mleka matki.

„Jestem oburzona sytuacją w szpitalu. Na oddziale, na który zabrano moje dziecko, powiedziano mi, że nie ma laktatora na moim oddziale. Mąż jechał godzinę, żeby przywieźć mi z domu laktator. Po czym okazało się, że jest laktator na moim oddziale. Pomimo moich starań, dostępności mojego mleka, bo je odciągnęłam i zaniiosłam po trudnym porodzie na własnych nogach, podano mieszankę. Nawet pomimo tego, że chciałam sama dziecko nakarmić, bo przecież byłam w tym samym szpitalu. A jak mi oddano dziecko, to i tak upasione mieszanką. Na dodatek dziecko podobno było poważnie chore, a nikt nie zwrócił uwagi na to co mu się podaje, że moje mleko, a tym bardziej siara są mu potrzebne, a nie mleko modyfikowane". (A520)



Kolejna z kobiet urodziła o czasie, ale chore dziecko.

„Na początku córka była w inkubatorze z powodu złego stanu zdrowia. Urodziła się z infekcją wewnątrzmaciczną niewiadomego pochodzenia. Spędziła trzy pierwsze doby życia na OIOM-ie noworodkowym. Mleko modyfikowane miała podawane przez dwie doby. Na żadnym etapie nikt o nic nie pytał, a w wypisie też nie mam nic wspomniane o tym, że była mieszanka podawana. Jak tylko zaczęłam karmić ją piersią i miałam ją przy sobie, to już nikt nie wspominał o mleku modyfikowanym, ale wcześniej nikt nie zapytał. Teraz wiem, że powinni mnie zapytać. Nawet nie wiem co to było za mleko. To znaczy nikt tam nie robił z tego tajemnicy, ale nie mam zielonego pojęcia, bo nie zapytałam. Super było to, że pielęgniarka ściągnęła mi siarę z piersi, co dodało mi pewności, że mam pokarm i będę karmić, zaś położne donosiły laktator. Co prawda był jeden na oddział, ale nie musiałam ani razu czekać, był na miejscu właściwie. Nie wiem, czy byłam jedyną osobą z niego korzystającą, ale laktator prawie cały czas był u mnie. Odciągałam to mleko, położna mnie pochwaliła, że super. Tam było z 40 ml i teraz wiem, że to było wow, że tego pokarmu było mnóstwo, ale wtedy mi się wydawało, że to w ogóle jest nic. I tak później się okazało, że mi lepiej ręką wychodzi odciąganie tego mleka niż laktatorem. Natomiast z trudem to mleko wyciągnięte przekazałam położnej. Trafiło do lodówki, a później się okazało, że i tak moja córka była karmiona mlekiem modyfikowanym, a nie tym mlekiem. To wynikało z tego, że była zmiana położnych, jedna drugiej nie przekazała, że to mleko jest. Fajnie, że odciążasz, ale cóż z tego, wylejemy to później. Śmieszne się to wydało, że tutaj



tyle się o tym mówi i takie jest zamieszanie wokół tego, żeby to było moje mleko dla córki, a później i tak, i tak się okazuje, że dostaje w butelce mleko modyfikowane". (K5)

Pomimo uzyskanej przez kobietę pomocy w odciągnięciu jej mleka, przez dwie doby od urodzenia dziecka podawano mieszankę bez poinformowania o tym kobiety, a co dopiero uzyskania zgody, natomiast pierwsze porcje mleka matki wylano. Procedury organizacyjne nie zostały przystosowane tak, aby pokarm kobiecy był traktowany priorytetowo. W kolejnym przypadku porodu przedwczesnego pozyskano bardzo cenną siarę dla dziecka, jednak pomoc oferowana przez położną dedykowaną laktacji nie była dostępna, kiedy było to potrzebne.

„Ściągnięto siarę i podano dziecku w inkubatorze. Pomoc przy jednym karmieniu. Potem już położna laktacyjna (jedna na cały szpital) zajmowała się innymi pacjentkami". (A1086)

U jednego z dzieci wykryto niedrożność przewodu pokarmowego (Choroba Hirschsprunga). Po diagnozie, dopiero kiedy dziecko znalazło się w innym szpitalu, kobieta otrzymała wsparcie w stymulacji laktacji i czuła, że o nią zadbano.

„Jak mnie przywieźli z bloku położna powiedziała »Pani jest po cesarce, to nic z tego nie będzie, ale przystawimy«. Włożyła pierś do buzi i powiedziała, że przyjdzie za 15 minut zmienić stronę. Udało się, że coś wypił. Miałam dość konkretny wypływ mleka, że czasami dwa razy w nocy pieluchę zmieniałam, bo była mokra. Mi mówić, że ja nie miałam mleka, to mnie to śmieszyło. Ja im prychałam tam. Wiem, że jak chwyciłam pierś to mleko wypłynęło. Położna to widziała, ale powiedziała na to, że »Dziecko po cesarce, ono nie chce, bo ono jest takie inne, leniwe«. Powiedziały lekarce



neonatolożce, że matka jest po cesarce, nie ma mleka, nic z tego nie będzie i żeby zaleciła mieszankę. Jako, że jestem lekarzem, to mnie i tak traktowały lepiej, bo dziewczyna na sali obok urodziła następnego dnia, to pani jej przywozła dziecko i zawięta się. Wysła z sali. Ja jej pomagałam to dziecko dostawić, bo już byłam na chodzie. Lenistwo było na oddziale. Powiedziały, że nie ma sensu nawet dawać laktatora. Jak poprosiłam, żeby mi położna dała laktator, bo ja mleko miałam, to mi powiedziała, że laktator będzie jak mi mąż przywiezie. Mąż owszem mi laktator przywiózł, ale w szpitalu roznosili rzeczy, które przynieśli mężowie o 17, a ja nie mogłam opuścić oddziału i sobie po niego zejść. Jak dzwoniłam przed porodem do szpitala, to pytałam, czy mam wziąć w razie czego swój, bo miałam, to mi położna powiedziała przez telefon, że »Nie. Po co się ma kolonizować szpitalnymi bakteriami«, co jest dla mnie słusznym argumentem, więc nie brałam. A potem się okazało, że jest dla wybranych. Mi nie przysługiwał, bo byłam po cięciu i »nie miałam« mleka. Potem na osobności sobie z panią doktor neonatolog porozmawiałam jak lekarz z lekarzem, że powinno im być wstyd, bo są od tego, żeby propagować karmienie piersią, a one robią wszystko, żeby tego karmienia piersią nie było. Nawet jeżeli ja bym wyszła ze zdrowym dzieckiem do domu, to ja bym była tak zrażona, że nie wiem, czy bym nie wysłała męża do apteki po mieszankę. Położne pomyliły dzieci w dokumentacji i napisały przy moim, że oddał smótkę, a przy jego chorobie to było niemożliwe. Dziecko zostało przewiezione do drugiego szpitala. Tam można było mleko swoje dowozić. Usłyszałam, że warto się postarać, że będzie mi trudniej bez dziecka przy sobie walczyć o tę laktację, ale żebym się starała i przywoziła. Dziecko było karmione sondą, więc moje mleko było



podawane do sondy. Mówiono mi, że jak tylko je dostarczę, to one będą podawać. Miałam 50 kilometrów. Dwa razy dziennie były godziny, w których się to mleko przywoziło, zostawiało na portierni. Potem pozwoli mi tam wchodzić, to po prostu je wносиłam. Tam mieli pokój do karmienia z laktatorami, więc później już nie woziłam swojego mleka, tylko dostawałam jednorazowy zestaw i laktator [nazwa marki] i odciągałam na miejscu. To miało ręce i nogi, było sensowne. Zawsze dostawałam szklankę wody do wypicia, wygodny fotel. Mleko miałam. Laktację wyindukowałam sobie laktatorem". (K44)



Problem!

Wartość profilaktyczna, terapeutyczna i zdrowotna mleka matki wciąż nie jest należycie doceniana i zdarza się, że decydują o tym względy organizacyjne placówki, zasoby personelu, a czasem uprzedzenia osobiste czy brak wiedzy na temat roli mleka kobiecego w żywieniu noworodka oraz o ryzyku związanym z karmieniem sztucznym. Zdarza się, że matki dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, nie otrzymują należytego wsparcia w pozyskaniu siary i stymulacji laktacji, w szczególności w sytuacji oddzielenia.



Powyższe historie wskazują, że dzieci często nie tylko są oddzielane od matek, ale także kobietom uniemożliwia lub ogranicza dostęp do nich, a co za tym idzie karmienie lub podejmowanie prób karmienia bezpośrednio z piersi czy kangurowanie.

„Dla matek wcześniaków możliwość odciągania i podawania dziecku mleka z piersi stanowi ważną formę kontaktu z potomstwem i budowania z nim więzi. Kobiety, które mają taką możliwość, znacznie lepiej wchodzą w nową rolę rodzicielską, czują się pewniejsze, spokojniejsze i przede wszystkim bardzo potrzebne swojemu choremu dziecku. Słusznie postrzegają podawanie noworodkowi własnego mleka jako swój ważny udział w całym procesie terapeutycznym. Dotyczy to zarówno odciągania mleka dla dziecka, jak też tzw. »kangurowania«, czyli wielogodzinnego, codziennego kontaktu »skóra do skóry« z wcześniakiem, a następnie zapoczątkowanie przystawiania go do piersi. Świadomość, że ich przedwcześnie urodzone dziecko otrzymuje wysokiej jakości pokarm, zawierający ważne dla zdrowia i rozwoju substancje, sprawia, że matki te są pozytywnie zmotywowane do karmienia piersią, szybciej i lepiej nawiązują kontakt ze swoim nawet bardzo niedojrzałym dzieckiem, chętniej przebywają z nim w okresie hospitalizacji i lepiej radzą sobie z opieką nad wcześniakiem po wypisie do domu. Również korzystniej przebiega regeneracja fizyczna i psychiczna tych kobiet po patologicznym porodzie, rzadziej wykazują obniżenie nastroju i skłonności depresyjne”¹⁸².

¹⁸² Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka...*, s.27.



„Należy stworzyć optymalne warunki oraz zachęcać matki do stosowania odpowiednich technik opieki (handlingu), wczesnego i częstego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry”, kangurowania (KMC kangaroo mother care), od urodzenia przez cały okres hospitalizacji dziecka”¹⁸³.

WHO i inicjatywa „Szpitala Przyjaznego dziecku” wskazują, że aby dzieci chore i przedwcześnie urodzone mogły być karmione piersią z sukcesem, personel powinien skupić się na indywidualnej sytuacji matki i zapewnić opiekę skoncentrowaną na rodzinie w sprzyjającym środowisku, w tym zapewnić możliwość kangurowania wcześniaków i dzieci z niską masą urodzeniową¹⁸⁴.

Cytowana już wielokrotnie położna, będąca doradczynią laktacyjną, opowiedziała nam o swoich osobistych doświadczeniach związanych z pobytem córki – wcześniaka na oddziale intensywnej terapii. Historia ta obrazuje, jak wiele zależy od podejścia personelu medycznego.

„U nas jeszcze taki się pojawił problem po drodze, że mieliśmy konflikt w grupach głównych i ona z tego powodu miała niską aktywność. Bardzo słabo jadła. Trafiłam na takiego anioła na intensywnej terapii. Ta pani już nie pracuje, jest na emeryturze. Ona nie wiedziała, kim ja jestem, że ja się zajmuję karmieniem, że potrafię karmić, potrafię przewinąć. Przyszłam któregoś razu moja córka jeszcze była w inkubatorze, dała mi butelkę z moim mlekiem, powiedziała, że mam spróbować ją w tym inkubatorze dokarmić. Pozwoliła mi zmienić pieluchę, po czym wyciągnęła mi tą córkę z inkubatora i położyła na klatce piersiowej. I to w ogóle było tak cudowne i ona przecież nie musiała, ale no każdy powinien tak

¹⁸³ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji...*, s. 11.

¹⁸⁴ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital...*, j.w.



robić po prostu. A z kolei kolejnego dnia trafiłam na kogoś kto nawet nie dał szansy nam spróbować. Po prostu to dziecko zostało dokarmione sondą do żołądka. Dostałam informację, że mam generalnie nie denerwować dziecka, bo ono teraz musi strawić to, co ma w żołądku i mam jej nie dotykać. O ile wiedziałam, że ta osoba zajmuje się profesjonalnie moim dzieckiem w sensie technicznym, nie bałam się o życie dziecka, to pani, która siedziała obok na tej samej sali i miała dziecko tam, gdzie moja córka, po prostu siedziała zalana łzami, bo dzień wcześniej z tą cudowną osobą przystawiała to swoje dziecko do piersi. Gdzieś mi to siedzi w środku. Mam takie poczucie, że to było niefajne bardzo. Smutek po prostu czułam. Nawet nie z powodu swojego dziecka, tylko tego drugiego dziecka, tej drugiej mamy. Pamiętam, że tego dnia po tej pozytywnej położnej wróciłam do domu, to zaraz więcej mleka odciągnęłam dla tej mojej córki. Jak na skrzydłach wyszliśmy po prostu z tego szpitala. Natomiast tego kolejnego dnia gorzką pigułkę trzeba było przełknąć wychodząc z oddziału”. (P10)

Co sprawia, że kobiety w takich chwilach nie upominają się o swoje prawa? Nawet jak w przypadku tej położnej, której zawód nie był znany personelowi medycznemu, mimo świadomości, jak ważne jest kangurowanie, podejmowanie prób karmienia piersią wcześniaka i jak powinny wyglądać procedury w sytuacjach, gdy jest ono utrudnione. Barięą jest komunikacja i lęk przed tym, że konflikt z personelem może odbić się na dziecku.

„Boisz się zapytać, boisz się zwrócić uwagę, bo masz takie poczucie, że ty stąd wyjdiesz, nie jesteś zależna od tego miejsca, ale twoje dziecko tam zostaje, więc nikt się nie chce wychylać. Ja to absolutnie rozumiem, sama byłam taką mamą. Ważne jest zachęcanie tych pacjentek. Niektóre się boją. Też czasami



tatusiów. Wtedy, na przykład tata do kangurowania, mama się przygląda. Znam dziewczyny na intensywnej, które jak najbardziej tam aktywizują. Mam też taką fajną koleżankę, która zresztą jest też ratowniczką medyczną i bardzo jest taka pro kangurowaniu, więc ona tam te dzieciaki najczęściej wyciąga z tych inkubatorów. Wiele dziewczyn wyciąga dzieci z inkubatorów. Ja mówię pacjentkom: »Pytajcie, pytajcie, kiedy możecie kangurować jak najwięcej«. Są mamy, które będą pytać, są takie, które będą stały cichutko przy tym inkubatorze i się tam słowem nie odezwą, bo się po prostu boją, stresują, no nie wiem, jak to nazwać”. (P10)

Inicjatywa powinna należeć do personelu wraz z wyjaśnieniem matce celu kangurowania i jego wartości terapeutycznej. Wcześniej cytowałyśmy opowieść kobiety, której dziecko zostało oddzielone z powodu problemów z oddychaniem, a której położna od razu po porodzie odciągnęła pierwszą siarę, której udostępniono laktator szpitalny oraz poinstruowano, jak odciągać pokarm. Personel zapraszał również do podejmowania prób karmienia bezpośrednio z piersi.

„Położne mówiły, że ja mam przychodzić co 3 godziny, że mam ją karmić, ale miałam limit tych 15 minut. Chodziło też o to, że ona nie miała siły, ciągle szła spać, więc położna mówiła, że mam ją też tak bodźcować, żeby ją budzić i że ona ma jeść, żeby nie podsypiała przy piersi, szczególnie teraz jak stymulujemy tę laktację. Miałam tam zalecenie przychodzić właśnie co 3 godziny. Ledwo mi starczało czasu. Przychodziłam na 15 minut. Próbowalam nakarmić ją piersią, później dostawałam butelkę, z butelki słabo jej szło. Miała kiepski odruch. Tam te położne miały jakiś taki lepszy patent na smyrganie jej po podniebieniu tym smoczkiem. Mi to średnio szło. Później się nauczyłam dopiero. Wracałam do siebie



na oddział. Odpalałam laktator – jedna pierś, druga pierś. Szłam spać. To akurat 3 godziny mijały. Wstawałam i znowu. Panie mnie tam same zapraszały. Miałam fotel. Miałam takie miejsce koło inkubatorza, w którym leżała moja córka. Urodziłam w czwartek, zaś w niedzielę zostałam przeniesiona na oddział. To były dwie sale dwuosobowe, tuż przy oddziale noworodkowym. To było świetne, bo wtedy się już nie czułam taka oddalona od tego dziecka. Była na sali, ale to było dosłownie ścianę od całego oddziału, więc czułam się bezpiecznie”. (K41)

Poniżej dalsza część historii cytowanej już kobiety, której dziecko urodziło się z infekcją wewnątrzmaciczną. Na jej prośbę umożliwiono bezpośrednie karmienie piersią dziecka przebywającego w inkubatorze.

„Pierwsze przystawienie wyglądało tak, że zostałam poproszona do oddziału OIOM-u noworodkowego, dali mi córkę. Ze mną były dwie pielęgniarki, żadna z nich nie była doradczynią laktacyjną certyfikowaną, ale od razu patrzyły, czy jest wszystko okej. Było prawie całe gremium oglądać, czy córka ssie czy nie ssie. U mnie jeszcze to było o tyle istotne, czy ona w ogóle będzie miała tyle siły, żeby ssać, więc nie chodziło nawet o samo karmienie, czy ona się dobrze przystawia, tylko czy dla niej to już jest ten etap, żeby ją tak w cudzysłowie »męczyć«, bo na początku była karmiona strzykawką. Musieli wduszać jedzenie, bo była za słaba, żeby wyssać z butelki, więc to bardziej pod tym kątem było, ale od razu spojrzeli rzeczywiście, czy dobrze się przystawia. Z jednej strony było trochę zniechęcanie mnie na etapie, jak córeczka była jeszcze w inkubatorze. Ja powiedziałam, że mi bardzo zależy na tym, żeby



ją karmić piersią cały czas – wyłącznie, że najbardziej bym chciała, żeby właśnie tak to wyglądało, ale wiedziałam, z racji tego, że ona jest w inkubatorze, że mogą być jakieś przeciwwskazania. Później się okazało, że przeciwwskazań nie ma, tylko musi być monitorowana, czy jej saturacja nie spada. Położna powiedziała »No ale proszę pani, to będzie często i w nocy też będzie często«. »To proszę mnie budzić. Będę przychodzić« – odpowiedziałam. Moje pierwsze dziecko i nie wiedziałam, jak to wygląda, że często, to jest prawie cały czas. U nas tak było – cały czas przy piersi. Nie było tak, że ona mnie chciała tak stuprocentowo zniechęcić, ale wtedy tak poczułam, że z mlekiem modyfikowanym będzie im łatwiej. Ostatecznie córka była krótko w inkubatorze, więc później już nie było problemu, jak już ją miałam u siebie na sali”. (K5)

Wciąż jednak wiele osób z personelu medycznego podejmuje kroki, które mogłyby wskazywać, że brakuje im zaufania, iż karmienie piersią jest wystarczające, a zarazem bardzo potrzebne.

„Dziecko wymagało opieki na OIOM-ie. Poród był przedwczesny. Zagrożająca zamartwica, zapalenie płuc i inkubator przez pierwsze 5dni. Nawet po wyjściu z inkubatora kolejne dni było na oddziale neonatologii w tzw. mydelniczce, a ja w tym czasie dochodziłam do niego z innego piętra, ale już była możliwość karmienia piersią. Zarówno ja i dziecko wróciliśmy do domu po 16 dniach. Moje dziecko na początku nie mogło dostawać mojego mleka, ale nikt nie zaproponował mleka z Banku Mleka Kobięcego zamiast mieszanki, a ja nie wiedziałam o tej opcji. Na oddziale neonatologii dostałam butelki [nazwa marki] ze smoczkami do podawania mleka [nazwa



marki] na początku, a później do przelewania tam mojego odciągniętego mleka. Położne podały również bez mojej zgody i wiedzy dziecku smoczek. Na moje zdecydowane wyciągnięcie smoczka przykleiły kartkę przy mydelniczce, że »matka nie wyraża zgody na smoczek«. Usłyszałam od niektórych położnych, że ilość mleka jest ok, ale była też położna, która była zdziwiona, że nie dokarmiam już mlekiem modyfikowanym. Zapytała, ile dziecko zjadło (przez cały pobyt wszystkie karmienia były zapisywane). Odpowiedziałam, że jadło około 20 minut. Usłyszałam "Tylko piersią? Piersi nie można ufać". (A696)

„Wcześniak, zapalenie płuc, 5 dni w inkubatorze. Dopiero po tym czasie mogłam przystawić do piersi. Najbardziej przeszkadzały komentarze kilku pielęgniarek na neonatologii, np. że dziecko płacze, bo ja zjadłam jabłko. Cała wina na problemy i płacz dziecka była zrzucona na mnie i moje karmienie”. (A2176)

Najprawdopodobniej ten brak zaufania wynika z braku wiedzy o laktacji, strachu o prawidłowe przyrosty, braku umiejętności wsparcia kobiety. Wiele kobiet, które spotkają się z taką postawą personelu, może się szybko się zniechęcić.

Czasem jednak w ogóle nie daje się kobietom możliwości przystawiania dziecka do piersi. Kobieta, której historię cytowałyśmy, a której trzecie dziecko było zabrane po porodzie na oddział patologii noworodka i nie poinformowano jej, co się z nim dzieje przez półtorej doby, pisała o tym, że przez 14 dób, do momentu wyjścia dziecka ze szpitala, nie mogła go przystawiać do piersi.

„Moje mleko brano i podawano z buteleczek. Dwa razy pozwolono mi go nakarmić z butelki. Natomiast do piersi nie mogłam go przystawić nigdy. Nie było w ogóle takiego tematu ani takiej



dostępnej opcji. Choć nie było żadnych najmniejszych przeciwwskazań do tego. Dziecko nie miało takich problemów, żeby nie mogło być karmione. Zresztą wiedziałam też jak to robić, więc tym bardziej nie rozumiem, dlaczego nie mogłam go przystawić. Nie był pod respiratorem, był po prostu w łóżeczku. Miał taką tlenoterapię bierną, czyli taki dosłownie wiaterek do łóżeczka. Można go było brać na ręce. Natomiast karmienia bezpośrednio z piersi nikt mi nie zaproponował ani nie powiedział żebym mogła. Można to było robić tylko z buteleczką. Aczkolwiek można było przynosić swoje mleko, co było dobre". (K25)

W kolejnym przypadku dziecko było karmione odciągniętym mlekiem matki, a także było podane dziecku mleko z Banku Mleka Kobięcego. Jednocześnie nikt nie zaproponował przystawienia dziecka do piersi, a kobieta pozostała z domysłami, dlaczego tak się stało.

„Kontakt skóra do skóry – 24h po porodzie. Do piersi – 9 dni po porodzie. Wcześniej nikt mi nie powiedział, dlaczego nie mogę przystawić dziecka do piersi. Może dlatego, że brałam antybiotyki? Dziecko również. Było w inkubatorze”. (A1709)

Dziecko kolejnej kobiety przebywało w oddziale intensywnej terapii przez 51 dni.

„Syn przebywał na OIOM-ie – skrajny wcześniak. Na OIOM-ie była doradczyni CDL i pokój laktacyjny z dostępem do laktatora. W pierwszej dobie po cięciu cesarskim zaniostałam 10 ml ściągniętej siary dla syna, ilości rosły z dnia na dzień, usłyszałam, że mam dobrą produkcję i dobrze ściagam mleko. Od CDL uzyskałam minimalną wiedzę na temat tzw. karmienia piersią inaczej,



aczkolwiek moja laktacja była dość łaskawa, więc udawało mi się nawet oddawać mleko do Banku Mleka, bo miałam nadwyżki. Niby była to kobieta bardzo pomocna, ale dopiero na Facebooku, jak dostałam się na grupę mam KPI, poznałam wszystkie jego tajniki. Natomiast przez całe 7 tygodni pobytu dziecka w szpitalu nikt nie zainteresował się naszym karmieniem piersią. Nikt mi nie sprawdził piersi ani nie wytłumaczył jak z odciągania mleka i przejść na bezpośrednie karmienie piersią. Ostatniego dnia jedna z położnych »tej starszej daty« była oburzona, że nie przystawiam dziecka i raz mi pokazała, jak to zrobić. Było to bardzo stresowe i chaotyczne doznanie”. (A1918)



Problem!

Zdarza się, że podczas pobytu dziecka urodzonego przedwcześnie lub chorego na oddziale intensywnej terapii czy innym oddziale, na którym jest oddzielone od matki, personel nie zapoczątkowuje przystawiania dziecka do piersi czy wręcz zakazuje podejmowania prób czy karmienia bezpośrednio z piersi, jak również nie wspiera bliskiego kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” czy tzw. kangurowania.

Omawiany na początku rozdziału program wczesnej stymulacji laktacji zwraca szczególną uwagę na rolę rodziców w procesie leczenia dziecka. Rodziców wymienia na pierwszym miejscu jako realizatorów programu. Podkreśla, że należy im „stworzyć optymalne warunki do odpoczynku, spożywania posiłków, intymności, utrzymania higieny osobistej, aby mogli



pozostawać przy dziecku przez cały okres jego hospitalizacji, również wtedy, gdy matka zostanie już wypisana z oddziału położniczego”¹⁸⁵.

„Szpital jest zobowiązany umożliwić matce i dziecku wspólne przebywanie razem, bez nieuzasadnionych ograniczeń. Oddział powinien zapewniać praktyczne możliwości matkom/rodzicom przebywania z dzieckiem tak długo, jak tego sobie życzą. Oddział powinien zatem pozostać dla rodziców otwarty 24 godziny przez 7 dni w tygodniu. Rodziców należy zapewnić, że nawet krótsze przebywanie z dzieckiem jest także bardzo korzystne. Jeśli wspólne przebywanie z dzieckiem nie jest możliwe bezpośrednio po porodzie, należy je zapewnić najszybciej, jak to jest możliwe. Nie należy umieszczać w oddziale tablic informujących o restrykcjach w przebywaniu rodziców z ich dzieckiem. Jeśli ciągły pobyt matki z dzieckiem w szpitalu nie jest możliwy, należy dołożyć starań, aby matka przebywała przez cały czas z dzieckiem przez kilka dni poprzedzających wypis do domu. W tym okresie przygotowuje się matkę/rodziców do właściwej opieki nad dzieckiem w domu oraz kontynuacji starań o efektywne karmienie bezpośrednio z piersi”¹⁸⁶.

Przebywanie rodziców z pacjentem małym jest wpisane również w wielokrotnie wspomnianą w niniejszym raporcie ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

¹⁸⁵ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji...*, s. 10.

¹⁸⁶ Tamże, s. 13.



„Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

[..]

3. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 33 prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego ust. 1, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego”.

(art. 34. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Niestety, czytamy w ankietach, że często rola rodziców w opiece nad noworodkiem chorym czy przedwcześnie urodzonym jest pomijana, a ich prawa do kontaktu z dziećmi są łamane. Pokazuje to już wiele z wcześniej cytowanych historii, jak i kolejna opisana poniżej.

„Obniżone napięcie mięśniowe, wahania saturacji, obraz białych płuc w USG. Było 30 minut przytulania około 8 godzin po porodzie. Przez cały czas pobytu w szpitalu dziecko było w oddziale noworodków. Poza tym jednym przytulaniem »po znajomości« nie mogłam go odwiedzać”. (A1381)

Według cytowanych wyżej rekomendacji programu wczesnej stymulacji laktacji, jeśli matka nie może przebywać z dzieckiem, należy jej umożliwić pobyt z dzieckiem przynajmniej na kilka dni przed wypisem. Jak pokazuje poniższy przykład jest to możliwe. Choć podkreślamy, że najkorzystniejsza jest możliwość przebywania kobiety w szpitalu z dzieckiem przez cały okres jego pobytu, chyba że z jakichś powodów ona sama z tego zrezygnuje.



„Jak dzieci wychodziły z inkubatorów do zwykłych łóżeczek to mama mogła wrócić na oddział. Były 2 czy 3 sale takie wyznaczone na wczesnej patologii ciąży i tam sobie mamy z tymi dziećmi były. Fantastyczna sprawa, bo jak ja bym miała dostać to dziecko po prostu w nosidełku takie prosto z oddziału do domu, to nawet dla mnie byłoby to bardzo stresujące, a co dopiero dla mam, które odbierają wcześniaki skrajne, takie które się rodziły w 27 tygodniu ciąży i które nie mają zupełnie z tym styczności”. (P10)

Newralgicznym okresem dla rodziców dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych z pewnością był czas pandemii COVID-19, o czym warto wspomnieć, gdyż czas pandemii przypadał na okres, który bierzemy pod uwagę w niniejszym raporcie.

„Podczas pandemii, nie mogłam być dłużej w szpitalu. Byłam tylko 4 dni i mnie wpisali”. (A75)

„Zrobili wypis mnie. Mnie to w ogóle chciano wygonić 2 dni po porodzie, ponieważ dziecka nie ma »To pani tu niepotrzebna«. Byłam po porodzie naturalnym, więc bodajże do 3 dób się leży na oddziale. Natomiast ja i tak się nie dałam wypisać, ponieważ zależało mi, żeby chociaż przez chwilę dziecko widzieć. Już 2 dni go nie widziałam po porodzie, bo mi go zabrano i nie powiedziano, gdzie jest. Wiedziałam jak rzadkie tam są odwiedziny, bo się dowiedziałam, więc chciałam chociaż przez ten długi weekend majowy przeleżeć, żeby mieć w ogóle dostęp do tego dziecka. Choćby tę godzinę dziennie. Mnie to też było jako matce potrzebne po prostu. Uważam, że nie do końca prawnie zabroniono kontaktów z rodzicami. To były już początki szczepień. Byłam bodajże chyba



jedną dawką zaszczepiona, na drugą oczekiwałam. Było wielkie ciśnienie na to, żeby jednak nie wpuszczać rodziców, bo Covid. Natomiast nie wiem, czy to było takie prawne. Ponieważ my jesteśmy opiekunami prawnymi tych dzieci, a byliśmy właściwie totalnie od nich od nich odizolowani". (K25)

„Wypisano mnie wcześniej do domu niż moje dziecko, które znajdowało się na OIOM-ie uniemożliwiając mi swobodny dostęp do dziecka i karmienie piersią mogłam raz dziennie przyjść do dziecka nakarmić piersią i przywieźć mleko odciągnięte. Myślę, że miało to ogromny wpływ później na pobudzenie laktacji i karmienie piersią". (A2470)

„Małopłytkowość, Covid. Mogłam w 2 dobie dotknąć ręką dziecka, któremu w sumie nic nie było, zero leków czy zabiegów, tylko ogrzanie i obserwacja. Po tym jak mnie wypisali, nie mogłam już wejść na oddział. To jest skandal, a dyrekcję powinno się zwolnić i sądzić za traumę medyczną! Temat karmienia piersią leży tak jak cała służba zdrowia, może dane z tej ankiety coś zmienią :(Ignorowali mnie i mówili o mnie ta »bez dziecka«. Sama walczyłam z laktatorem, żeby w ogóle mieć pokarm. Na szczęście miałam swój, bo inaczej pewnie bym nie dostała szpitalnego (chciałam skorzystać, ale był używany przez inną osobę). Nawet nie mam pewności czy karmili odciągniętym mlekiem. Swoje dziecko przytuliłam 1 raz po 12 dobach. Traumę leczę od 2 lat bez powodzenia". (A1673)



Stoimy na stanowisku, że wiele z tych historii mogłoby się potoczyć inaczej, gdyby osoby zarządzające placówkami medycznymi i personel miały świadomość tego, jak ważne jest dla zdrowia dzieci mleko ich własnych matek.

„Jakiś czas temu rozmawiałam z ordynatorem oddziału chirurgicznego, który mówił, że jak pracował jak pracował jeszcze w [nazwa miasta] to był zdziwiony, że tak mało było pacjentów z martwiczym zapaleniem jelit przywożonych ze szpitala, w którym pracuję w stosunku do innych oddziałów 2 czy 3 poziomu referencyjnego w regionie. Ja mówię panie doktorze, ale u nas od wielu lat większość wcześniaków była karmiona przede wszystkim mlekiem swoich matek, bo nasz szpital przez wiele lat szczylił się tym, że u nas matki wcześniaków były wpisywane do domu dopiero wtedy, kiedy one chciały wyjść, a nie wtedy, kiedy szpital im zalecał. W większości szpitali w Polsce niestety sytuacja jest taka i coraz bardziej jest taka niestety, że mamy wcześniaków są wypisywane praktycznie jak tylko odzyskają formę po porodzie. Aktualnie te warunki się zmieniły też u nas. Sytuacja ekonomiczna spowodowała, że w tej chwili większość mam jest wypisywana najpóźniej około 14 doby po porodzie. Ordynator neonatologii obecna wywalczyła, żeby chociaż te 2 tygodnie mamy, które chcą, mogły przebywać z dziećmi. Kiedyś nawet jeśli któraś mama chciała wyjść wcześniej to chodziłyśmy do takiej mamy, pytałyśmy czy rzeczywiście ona musi wyjść. Czasem chciała wyjść, bo sama sytuacja, w której się znalazła, urodzenie chorego dziecka i to, że była w szpitalu bez rodziny, stanowiło duże obciążenie psychiczne. Ona po prostu marzyła o tym, żeby uciec w cudzysłowie. Wrócić do swojego domu, otoczenia rodzinnego, żeby uzyskać to wsparcie. Dla niej to było ważniejsze nawet niż to,



że pozostawia dziecko na oddziale i że będzie do niego tylko dojeżdżała, czy dochodziła. Tutaj wchodzimy na kolejną minę pod tytułem jak wygląda opieka psychologiczna dla tych mam. To jest kolejny ogromny temat, jak to można by było poprawić, bo to też poniekąd ma związek i z laktacją i z przebiegiem karmienia. Chodziłyśmy i zachęcałyśmy te mamy może pani jeszcze dzień zostanie może kilka dni jeszcze mogłaby pani zostać, bo pani dziecko pani potrzebuje. W tej chwili już takich rozmów się nie prowadzi. Nie zachęca się tych mam do pozostania. Raczej liczy się na to, że jak się rzuci hasło »Może pani wyjść do domu«, to matka jeszcze przytaknie i chętnie pójdzie. W czasie pandemii gro oddziałów zabiegowych nie funkcjonowało, bo przecież zabiegi były odwoływane ze względu na pandemię i wiele oddziałów wiele łóżek szpitalnych stało pustych, a mimo wszystko wypisywano lekką ręką matki wcześniaków po narodzinach dziecka. Nie jestem w stanie tego zrozumieć. Zamiast zaoferować te wolne miejsca matkom, ażeby pozostały z dziećmi w szpitalu, a jak już wychodziły do domu, to wiele szpitali z powrotem tych matek na oddział nie wpuszczało. Również nie przyjmowało mleka od tych matek, bo przecież jak już wyszły do domu to istnieje ryzyko, że przyniosą COVID, albo z tym mlekiem przyniosą COVID, a gdyby były w szpitalu i towarzyszyły swoim dzieciom, to przecież nie można by było zarzucić, że się zainfekowały na zewnątrz. Myślę, że problemem nie był koszt pobytu tej matki w szpitalu, bo przecież szpital mógłby wykazać to do Narodowego Funduszu Zdrowia. Te matki wypisywano z lęku o to, że one będą rozsiewały tę infekcję. Znacznie bardziej myśmy jako personel te infekcje rozsiewali, bo przecież wychodząc z pracy szliśmy do sklepu, odbieraliśmy dzieci ze żłobków, przedszkoli, szkoły, gdzie te choroby się rozsiewały. Póki dzieci chodziły



do szkoły to przecież było to główne źródło zakażeń. Dlaczego nie stworzyliśmy warunków tej matce do pozostania w szpitalu, jeśli tak żeśmy się bali tego zakażenia, żeby ta matka odciągała mleko dla wcześniaka czy dla chorego noworodka przebywając na terenie szpitala? Gdybyśmy wiedzieli, jakie to przyniesie korzyści może byśmy zainwestowali w więcej łóżek szpitalnych. Może warto więcej zainwestować, po to, żeby w kolejnych latach mieć mniejsze koszty przeznaczane na leczenie chorób wynikających z niekarmienia. Tylko nie ma takiej polityki długofalowej, myślenia perspektywicznego. Myślimy tylko tu i teraz. Inwestujemy w to, co przyniesie nam szybki zysk, zwrot. Nie myślimy o tym, że jak dzisiaj zainwestujemy, to za 20-40 lat koszty opieki zdrowotnej będą mniejsze. O tak odległym czasie, któż dzisiaj myśli?" (P3)



Problem!

Zdarza się, że łamane jest prawo kontaktu kobiet z ich przedwcześnie urodzonymi lub chorymi noworodkami zarówno, kiedy jeszcze kobiety przebywają w szpitalu, jak i po ich wypisie lub po przewiezieniu dziecka do innego szpitala. Bywa, że rola rodziców w opiece nad tymi dziećmi jest marginalizowana, a wręcz zachęca się kobiety do jak najszybszego wypisu wkrótce po porodzie i opuszczenia placówki, w której nadal przebywa dziecko.



3.2.13. PODSUMOWANIE DANYCH O ŻYWIENIU VS. WIEDZA PERSONELU SZPITALA I OCHRONA MATEK I NOWORODKÓW PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI

Wspominałyśmy już, że w rozdziale S000 *I. Postanowienia ogólne*, w pierwszym punkcie podano, że istotą jest dążenie do ograniczenia do niezbędnych interwencji medycznych, w tym jako interwencję medyczną wskazano podanie noworodkowi mieszanki. Przypomnijmy, że fragment S000 dotyczący zapewnienia warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka wskazuje, że podawanie mieszanki realizuje się wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu (S000 *XIII. Opieka nad noworodkiem*, ust.3, pkt 5).

W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jasno wskazano, iż każdorazowa interwencja medyczna wobec dziecka wymaga zgody od opiekuna dziecka.

“1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1.”

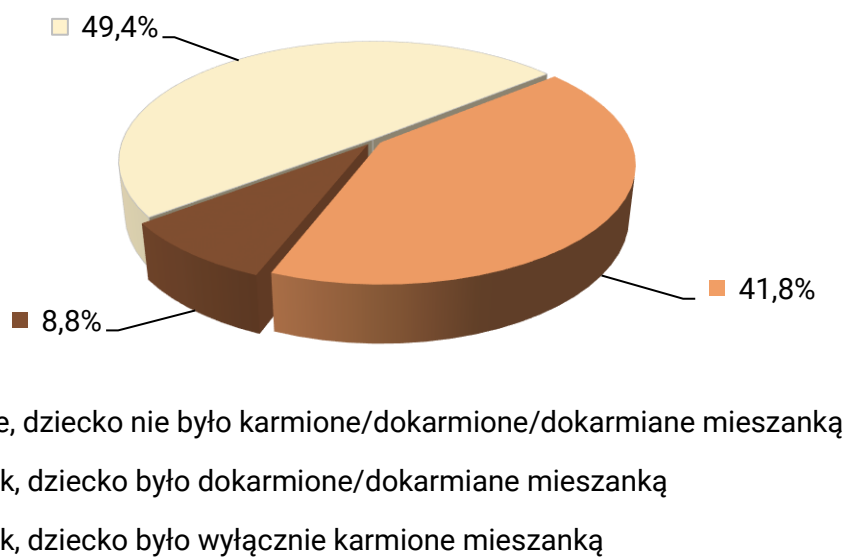
(art. 17. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Na podstawie odpowiedzi kobiet na pytanie: „*Jak dziecko było żywione w szpitalu?*”, wiemy, że ponad połowa dzieci 50,6% otrzymała lub otrzymywała mieszankę w szpitalu, zaś 49,4% dzieci nie otrzymało mieszanki ani razu (Ryc. 3.15.). Przyglądając się dokładniej dzieciom, które otrzymały przynajmniej raz mieszankę w szpitalu, możemy podzielić te 50,6% dzieci na te, które były karmione mieszanką – 41,8% oraz te karmione wyłącznie mieszanką – 8,8% (Ryc. 3.16.).





Ryc. 3.15. Struktura wg tego, czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



Ryc. 3.16. Struktura wg tego, czy dziecko było dokarmione, dokarmiane mieszanką lub karmione wyłącznie mieszanką na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)

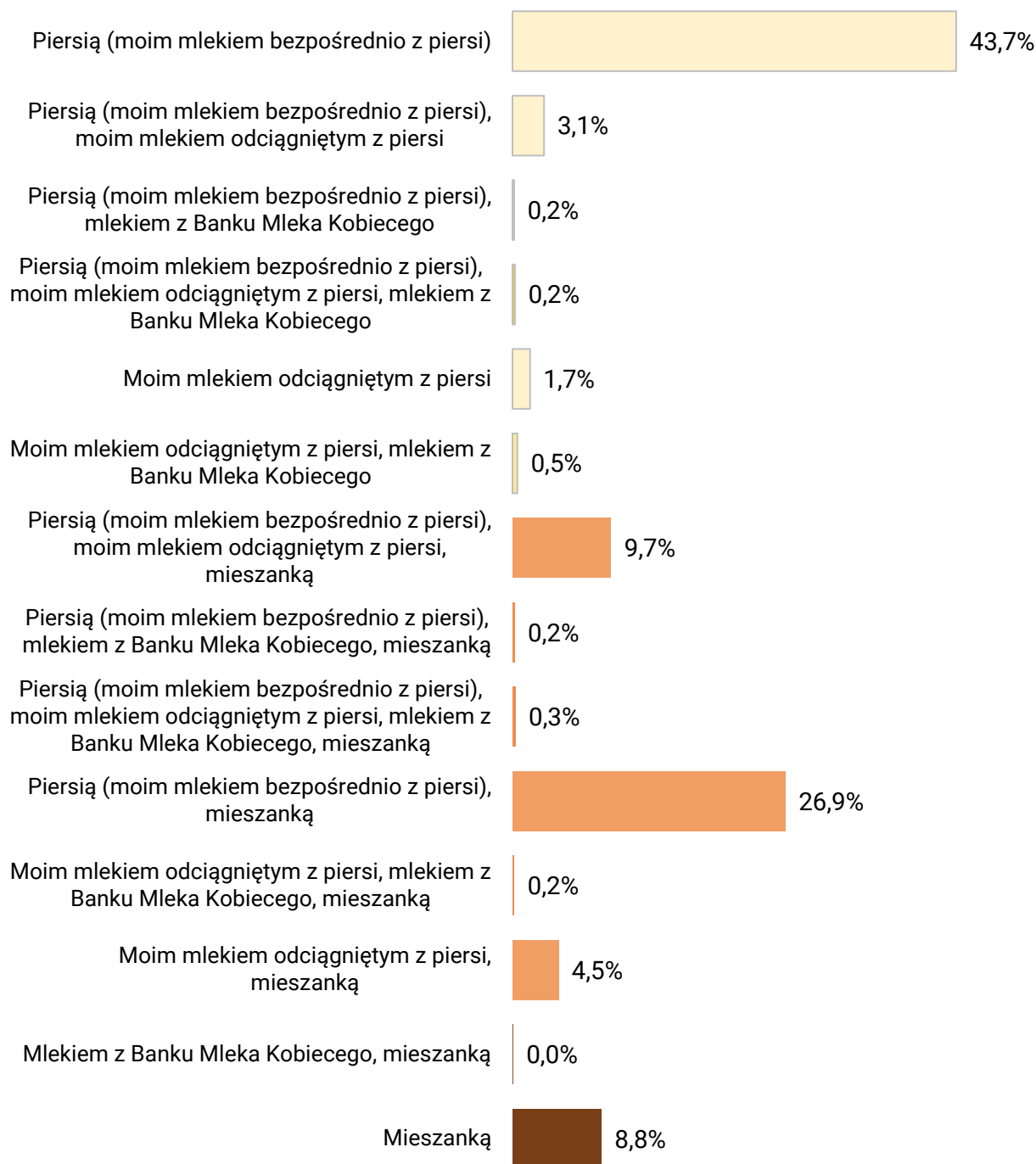


Na Ryc. 3.17. przedstawiamy dokładną strukturę odpowiedzi kobiet na pytanie: „*Jak dziecko było żywione w szpitalu?*”, przy czym kobiety miały do wyboru następujące opcje:

- piersią (moim mlekiem bezpośrednio z piersi),
- moim mlekiem odciętym z piersi,
- mlekiem z Banku Mleka Kobiecego,
- mieszanką.

I tak, 43,5% kobiet zaznaczyło wyłącznie karmienie piersią, jako formę żywienia dziecka. Łącznie 5,7% dzieci było karmionych bezpośrednio z piersi lub mlekiem odciętym z piersi i ewentualnie mlekiem z Banku Mleka Kobiecego. Dalej 9,7% dzieci było karmionych bezpośrednio piersią, mlekiem odciętym z piersi oraz mieszanką. Karmienie piersią i dokarmianie mieszanką dotyczyło 26,9% dzieci, zaś 0,5% kobiet oprócz bezpośredniego karmienia piersią i dokarmiania mieszanką, również karmiło mlekiem odciętym z piersi i/lub mlekiem kobiecym z Banku Mleka Kobiecego. Mleko odciągane z piersi i mieszanka służyły do karmienia 4,5% dzieci, ponadto 0,2% miało do tego włączone mleko z Banku Mleka Kobiecego. Wskazane również na ostatnim wykresie 8,8% dzieci było karmionych wyłącznie mieszanką (Ryc. 3.17.).

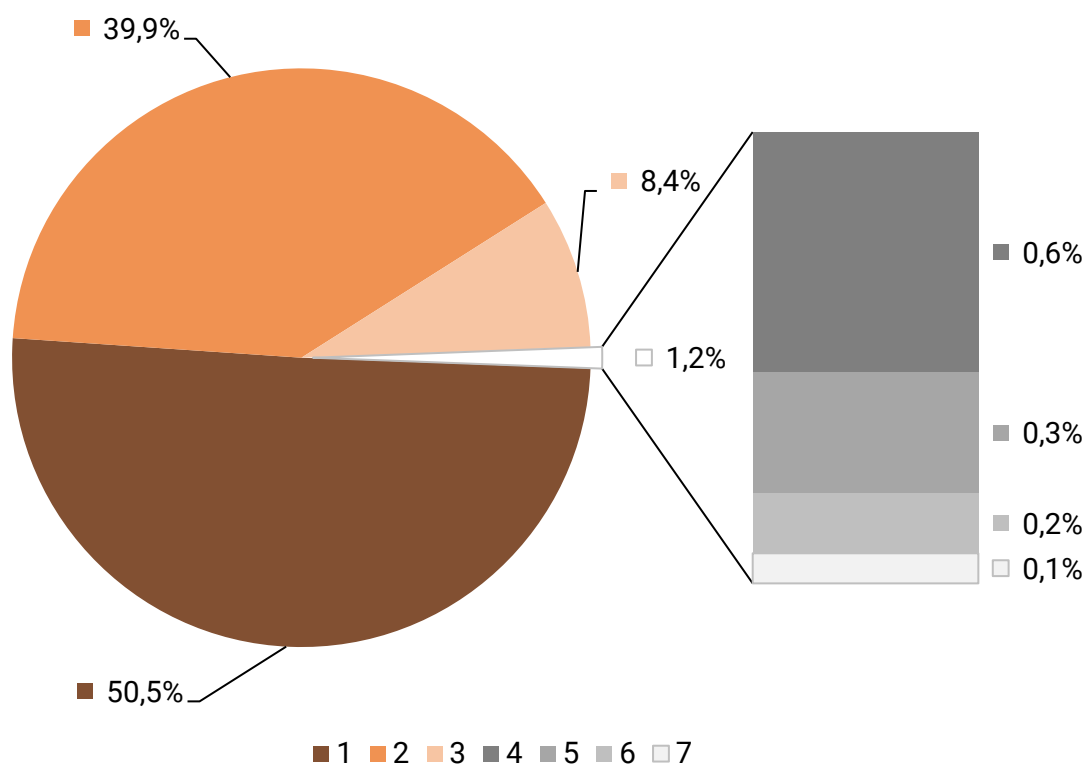




Ryc. 3.17. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?”
(%, N=2476)



Aż 50,5% dzieci, które otrzymały mieszankę w szpitalu, dokarmionych było już w pierwszej dobie życia. Dla 39,9% była to druga doba, dla kolejnych trzecia doba (8,4%), czwarta (0,6%), piąta (0,3%), szósta (0,2%) i siódma (0,1%) (Ryc. 3.18.).



Ryc. 3.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W którym dniu życia dziecka podano mieszankę lub rozpoczęto jej podawanie?” (% , N=1252)

Jak to możliwe, że u ponad 50% dzieci zastosowano interwencję medyczną polegającą na dokarmieniu mieszanką? Czy dzieci te nie podejmowały ssania, a mleko matki nie było możliwe do uzyskania? Jak się okazuje, niekoniecznie. Do wielu podanych już na łamach niniejszego raportu przykładów wprowadzenia mieszanki niezgodnie z zaleceniami S000 i niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną dodajemy kolejne. W poniższych przykładach kobiety zaznaczyły, że wprowadzenie nastąpiło w pierwszej dobie życia.

„Pielęgniarki dokarmiły na siłę dzieci, żeby nie płakały. Nikt nie zapytał mnie o zdanie”. (A142)



„Żółtaczką, dziecko oddzielone na czas naświetleń. Jednorazowo nakarmione wówczas mieszanką, w nocy, kilkanaście godzin po porodzie, bez mojej wiedzy i zgody. »Nie chcieliśmy pani budzić i straszyć po nocy«, brak odpowiedzi na pytanie: »A co z moją laktacją? Muszę przecież regularnie i często przystawiać, żeby ją rozkręcić?«”. (A1791)

„Najważniejsze dla mnie by było porządne zaopiekowanie się po porodzie, jak już to dziecko faktycznie ma się na rękach i żeby taka położna miała dla każdej kobiety więcej czasu, a nie takie po łebkach. 5 minut tutaj »A tutaj przykładamy, a wszystko jest dobrze, dobra lecę do następnej«. I tak naprawdę ja zostaję wypuszczona ze szpitala i w książeczce czytam, że dziecko jest karmione piersią, gdzie w ogóle to się totalnie mija z prawdą, bo była karmiona mieszanką głównie. Miałam pokazywane jak przystawić, ale moje próby przystawiania były nieudane. Cały czas mała nie potrafiła porządnie złapać. Jak łapała pierś, od razu zasypiała. Nie wiedziałam, jak ją aktywizować. Samo to, że pojawiła się ta mieszanka to weszło bez żadnego pytania. To było dla nich takie oczywiste, że trzeba ją podawać”. (K22)

„Mi zakazano dostawić do piersi i karmić po porodzie, bo nie miałam badania na żółtaczkę w papierach. To było okropne. Po dwóch godzinach zobaczyłam dziecko, które wykazywało duży odruch ssania. Chciałam go nakarmić i usłyszałam »Nie możesz«. I mi go zabrano. Wmawiano »Musimy podać mieszankę«. Wciskano zgody do podpisania”. (A543)



„Mówiłam, że nie chce dokarmiać mieszanką, że to wykańcza mnie psychicznie, nie rozumiałam jakie są wskazania do dokarmiania (»my tu wszystkie dzieci dokarmiamy, bo przecież od razu nie ma mleka w piersiach« i kolejny argument »spada z wagi«). Nie uzyskałam pomocy”. (A1346)

„Nie mam pojęcia, kto zdecydował o podaniu mieszanki. Dostałam dziecko z butelką i ulewające nie moim mlekiem”. (A280)

Druga doba to również newralgiczny moment, kiedy dziecko po porodzie zaczyna być bardziej aktywne. Prawie 40% dokarmień odbyło się w drugiej dobie. Jak te sytuacje opisywały kobiety?

„Przykro mi, że położne zasugerowały mi podanie mieszanki. Później się więcej dowiedziałam o karmieniu piersią i teraz mam świadomość, że nawet jednokrotne podanie mieszanki może zaburzyć laktację. Mieszanka została podana, żebym się nie męczyła z przystawianiem dziecka i mogła iść spać. Przy kolejnym dziecku nie zdecydowałabym się na mieszankę, tylko »męczyła« tak póki trzeba by było”. (A2106)

„Weekend, w zależności od zmiany. Akurat kryzys przyszedł w nocy, a pani pielęgniarka stwierdziła, że dziecko płacze, bo na pewno ma mokrą pieluszkę (miało, ale jej zmiana nie pomogła). Całą noc nosiłam dziecko na rękach, był problem z przystawieniem. Następnego dnia zgodziłam się dokarmiać mieszanką z tego zmęczenia i bezsilności. Teraz po czasie widzę, że brakowało



osoby, która powie, że to normalne, że nie od razu wychodzi i pokaże, jak przystawić prawidłowo dziecko do piersi”. (K23)

„Dziecko w szpitalu było dokarmiane tylko dlatego, że pielęgniarki od noworodków nie bardzo miały chęć wytłumaczyć młodej matce, dlaczego dziecko śpi cały czas. A ono po prostu było zmęczone porodem. Nie miała żółtaczki, najadała się, bo waga spadkowa była niewielka. Czuję swego rodzaju żal do tych kobiet, że w ogóle nie powiedziały, dlaczego to mleko, tylko kazały dokarmiać. I do siebie, że nie miałam na tyle wiedzy, żeby dojść do swoich wniosków”. (A2277)

„To było na zasadzie, że nie je efektywnie z piersi, to podajemy butelkę, bo musi się najeść, bo zacznie gubić wagę. Faktycznie na początku trochę zgubiła 100-200 g. Mówili, jak gubi, to dawać, to już trzeba dokarmiać na pewno. Położne mówiły, że warto, pytały zawsze mnie o tę decyzję finalną, ale przedstawiały to w taki sposób, że dokarmmy to dziecko, to nie będzie głodne. Miałam w głowie, że nie chcę, żeby moje dziecko głodowało”. (K45)

„Personel był obojętny. Wiedzieli, że karmię piersią, jednak, gdy w drugiej dobie córka zaczęła płakać, dali mi mieszanki mówiąc, że jest głodna. Nie zmuszali do podawania, ale zostawiali na stoliku. Mi się wydaje, że personel był obojętny na to, jak karmię, czy potrzebuję pomocy. Po prostu byłam jedną z wielu. Jedyne Pani, która opiekowała się mną na sali pooperacyjnej była bardzo pomocna. Pomagała przystawiać dziecko do piersi, zmieniała



pozycje, przyniosła poduszki, żeby było wygodniej. Na sali poporodowej nie było już nikogo tak życzliwego. To była moja decyzja, ale ze względu na to, że gdy płakała, to położna mówiła, że jest głodna, a mleko jeszcze się nie wyprodukowało, więc dałam". (A299)

Powyższy przykład pokazuje, jak istotna jest wiedza personelu na temat fizjologii laktacji. Przypomnijmy po raz kolejny, że proces laktogenezy rozpoczyna się bowiem już w okresie ciąży. Podawanie dziecku mieszanki jest przeciwnie skuteczne, ponieważ to właśnie dziecko napędza laktację, a szczególnie w pierwszych dobach ma czas na naukę skutecznego ssania z piersi, więc istotne jest częste przystawianie do piersi na żądanie matki i dziecka, a w razie problemów z dostawieniem korekta pozycji karmienia, a dalej podjęcie kroków opisywanych w podrozdziale 3.2.8. Oto kolejne przykłady dokarmiania w drugiej dobie.

„Nie wiem, kto podjął decyzję o podaniu dziecku mieszanki, gdyż nie zostałam poinformowana o jej wprowadzeniu. Dziecku podano mieszankę przy szczepieniu/codziennym toalecie. Dopiero przy wyjściu ze szpitala w książeczce zdrowia dziecka wyczytałam, że mu ją podano". (A269)

„Zależało mi na wyjściu ze szpitala, dziecko niby spadało dużo z wagi i w nocy dostałam do podania mleko modyfikowane – podałam niedużą ilość 2 razy. Cały czas podkreślałam, żeby synka nie dokarmiać, gdy go zabierano na chwilę i mam nadzieję, że nie był dokarmiany. Presja na podanie mleka modyfikowanego była duża. Dostałam dwie buteleczki jednorazowe mleka [nazwa firmy] wraz ze smoczkami »na drogę« (do domu miałam 3 godziny jazdy) – dziecko spadło 7% na wadze i w zaleceniach miałam dokarmianie. Nie użyłam ich". (A1277)



Kolejna historia pokazuje jak zachowanie położnej może obudzić w kobiecie wątpliwości i prowadzić do podjęcia decyzji wbrew wcześniejszym założeniom, pod wpływem presji.

„Jak urodziłam, to młoda w sumie bez problemu jeszcze na sali porodowej zaskoczyła i ssała. Rzeczywiście mała miała straszną taką potrzebę ssania, więc ssała, ssała i potrafiła ssać 40 minut jedną pierś. To później usłyszałam »A no pani ją do drugiej piersi przystawi«. Też nie potrafiłam wtedy odpowiedzieć na pytanie, czy ona ssie. Coś tam czułam, że trzyma tę brodawkę, ale nie wiem, czy ja byłam taka przebudźcowana, czy zmęczona, że nie byłam w stanie tego określić. Do teraz mam czasami problem wyczuć, czy ona tym języczkiem brodawkę trąca i ten pokarm pije. I wtedy sugerowano »A może ona nienajedzona«. W pewnym momencie położne mnie się pytały »A no to mama, może podamy to mleko? Może podamy?«. Jak powiedziano, żeby dać młodej tę gotową mieszankę w takiej małej buteleczce, to mnie to rozrywało na kawałki od środka, a z drugiej strony, która matka chce, żeby dziecko było głodne. Po którymś razie to ja po prostu ze łzami w oczach powiedziałam »Ok. To damy«. Trochę jej dały, córka nie chciała. Jedna z tych położnych powiedziała »Jak ona nie chce trzymać w ustach tej buteleczki, to ona na pewno nie umie ssać piersi«. Właściwie trochę to mnie dobiło, ale taki skrót myślowy tej położnej spowodował, że zapaliła mi się lampka i wtedy, trochę otrzeźwiałam. Mówię, w ogóle nie należy tego wiązać. Mamy butelkę, mówimy o silikonie czy jakiejś gumie, czyli nie o ciepłej piersi mamusi z konkretnym zapachem. Trudno się dziwić, że ona nie chce pić, bo to jest zupełnie inna faktura, inna jest jej potrzeba. Ta lampka mi się zapaliła i na szczęście, jak przyszła doradczyni laktacyjna, która tam pracuje w szpitalu, to powiedziała, że to nie



jest kwestia tego, że to dziecko było głodne. Ta doradczyni jest świetna, bo rzeczywiście i przyniosła szpitalny laktator i mi wytłumaczyła jak to działa, o tym jak pokarm zaczyna być wytwarzany. Jej wiedza była nieoceniona. Powiedziałam jej o tych błędach położnych. Wychodzę z założenia, że jeśli ktoś się na coś nie zna, to lepiej, żeby nic nie mówił, niż wprowadzał w błąd, czy wpędzał kobietę w poczucie winy, że ma karmić dziecko mlekiem modyfikowanym. W przypadku kobiety, której zależy na karmieniu piersią. Doradczyni się wkurzyła i pytała, która to położna. Jak była pani neonatolog wcześniej, to tylko powtarzała, żeby przystawiać do piersi i informowała o wadze dziecka, że w normie. Trochę więcej przystawiać. Mówiła, że, utraciła troszeczkę, ale to się mieści w fizjologii. Nie dawała żadnych zaleceń dokarmiania, bo na przykład dziecko je za mało, przybiera za wolno, czy coś w tym stylu. Decyzja dotycząca wprowadzenia pokarmu dodatkowego, spoczywała na mnie, na tej biednej kobiecie w położu, która decyduje hormonami, a nie mózgiem w tamtym momencie. Wychodzę z założenia, że na takim oddziale pracują kompetentne osoby. Wiedzą czego potrzebują matka i dziecko, otoczą ich opieką. Jest się w takim stanie, że nie ma możliwości weryfikować jeszcze czyjejs wiedzy na dany temat, w którym wydaje mi się, że powinien być specjalistą. A tych zmian położnych udało mi się trochę tam przeżyć i to co mi się rzuciło na pewno w oczy to to, że ta wiedza się nie uzupełniała wzajemnie. Często one były niekonsekwentne. Jedna gadała co innego, druga co innego. Ta wiedza nie jest ujednolicona i nie mówią wspólnym głosem. Sugestia dotycząca tego smoczka i picia, że dziecko, skoro z butelki nie potrafi, to z piersi też, to padła akurat z ust młodej położnej, więc to było dla mnie takie szokujące. Z kolei jak mi



położna proponowała uspokajacz w postaci smoczka, to była to kobieta w średnim wieku, to było mi łatwiej uznać, że się może mylić. Myślę, że przy drugim dziecku, nie dałabym sobie tak w kaszę dmuchać.”. (K4)

Z naszych danych wynika, że często personel (szczególnie położne i pielęgniarki) sugerują podanie mieszanki lub wręcz same ją podają, bez zgody czy nawet informowania matki, argumentując to potrzebą uspokojenia dziecka czy troską o odpoczynek kobiety. Może to odebrać kobiecie jej podstawowe prawa, poczucie sprawczości oraz podmiotowość. Jedna z kobiet nie dokarmiła dziecka, ale już w drugiej dobie usłyszała propozycje dokarmiania. To pokazuje, jak bardzo świadome i pewne swojej wiedzy muszą być kobiety, jeśli chcą uniknąć nieuzasadnionego medycznie dokarmiania dziecka.

„Usłyszałam, że dziecko płacze i z tego powodu mam nakarmić. Czy jestem pewna, że mam wystarczającą ilość pokarmu oraz że położna zaleca dokarmić. Jak powiedziałam, że nie dokarmię, to położna do mnie »Mama wie lepiej?«. A ja »Tak«. Ogólnie bardzo we mnie zasiała niepewność (ale i tak nie dokarmiłam) – to była druga doba życia”. (A2424)

„Od początku wiedziałam, że chce karmić piersią i że muszę często przystawiać syna więc praktycznie cały czas był ze mną na łóżku i każdy jego sygnał oraz potrzebę ssania zaspokajałam właśnie piersią. Jedna pielęgniarka kilkakrotnie informowała mnie o możliwości dokarmiania mieszanką, mimo iż syn nie płakał, ładnie moczył pieluszki oddawał smótkę i duuuużo był przy piersi. Grzecznie dziękowałam za informację”. (A1124)



Wiele z powyższych przykładów dokarmiania dzieci odbyło się bez zgody matki. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z S000, w sytuacji, gdy nie występuje zagrożenie życia lub zdrowia, matka noworodka ma prawo do decydowania o interwencjach medycznych przeprowadzanych na jej dziecku, a personel ma obowiązek tę zgodę uzyskać przed przeprowadzeniem takowej. Zatem decyzję o podaniu mieszanki podejmuje matka, a potrzebę podania zleca lekarz. Położnej czy pielęgniарce, zgodnie z S000, nie przyznano kompetencji wydania takiego zalecenia.

Każda interwencja medyczna powinna być odnotowana w dokumentacji. Poza wewnętrzną dokumentacją szpitala, umożliwiającą następującym po sobie zmianom przepływ informacji, również w wypisie pacjenta powinny znaleźć się informacje o przeprowadzonych interwencjach, w tym o podaniu mieszanki.

Zdarza się, że kobiety podpisują pisemną zgodę na podanie mieszanki. Z naszych danych wynika, że niestety bywa również, że informacje o podaniu mieszanki nie są wpisywane do dokumentacji medycznej. W świetle obowiązku monitorowania przez szpitale wskaźników opieki, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych (S000 I. Postanowienia ogólne, ust.2.), z których jedną jest podanie mieszanki, brak odnotowania faktu dokarmiania dziecka w dokumentacji medycznej rodzi ryzyko podawania nieprawdziwych wskaźników, w szczególności dotyczących statystyk dokarmiania dzieci.

„To była pierwsza doba. Po pierwszej dobie w nocy. Po prostu on płakał cały dzień i całą noc, więc nad ranem poprosiłam, żeby go dokarmiali. To położna, która właśnie całą dobę miała wszystko gdzieś. Przychodziła, przystawiała, po czym mówiła, że ja źle przystawiam i generalnie, że ona na nie ma czasu ze mną tutaj siedzieć. A to była kwestia 3 minut, żeby zobaczyła, że on w ogóle od razu puszcza i nie jest zainteresowany. Nawet nie przełyka, tak? Więc, jak powiedziałam, że nic z tego nie będzie i właśnie po tej nocy jak poprosiłam, żeby ona go dokarmiła, to ona go zabrała i w sumie jak przywiozła mi go, to on spał. Na dobrą sprawę nie wiem, co on dostał - czy mleko modyfikowane, czy glukozę. Następnego dnia rano właśnie zmieniła się zmiana



i przyszła młoda dziewczyna, no to mówię jej, że generalnie potrzebuję mleka modyfikowanego, bo dokarmiony był w nocy. Ona pyta czym był dokarmiony, jaką dawką w ogóle, ile, ja mówię, że nie wiem, no i się okazało, że nie ma niczego w papierach o tym, także nawet nie wiadomo, co on dostał na dobrą sprawę. Nawet nie wiedziała rano przychodząc na zmianę, że ja potrzebuję mleka”.
(K17)

Zdarza się, że dziecko jest dokarmiane ze względu na leki przyjmowane przez matkę. Tymczasem jest wiele leków, które stanowią niskie ryzyko dla dziecka karmionego piersią. Opieka medyczna nad pacjentką karmiącą powinna być tak prowadzona, żeby w razie konieczności zastosowania farmaceutyków, dostosować dawkę i rodzaj substancji do potrzeb sytuacji, umożliwiając karmienie piersią. W kolejnej historii podano mieszankę bez zgody matki ignorując zapisy zawarte w planie porodu i nie informując kobiety o konsekwencjach podania leków. Personel z góry założył, że karmić nie powinna.

„Dokarmiono dziecko raz, bez mojej zgody, mimo planu porodu, w którym wyraźnie napisałam, że tego nie chce. Poprosiłam o leki przeciwbólowe, bo te które dostałam nie pomagały. Kiedy się obudziłam, zobaczyłam mieszankę. Spytałam, dlaczego dokarmili dziecko, usłyszałam, że przecież dostałam leki i nie mogę jej karmić. Nikt mnie nie poinformował, że po lekach przeciwbólowych nie będę mogła karmić. Byłam na nich bardzo zła. Więcej nie zdecydowałam się na ten lek przeciwbólowy”. (A2386)

Stan kolejnej kobiety po porodzie uniemożliwiał samodzielne karmienie przez nią piersią, jednak pomimo woli karmienia wyrażonej w planie porodu, nie udzielono kobiecie pomocy w nakarmieniu piersią. Zamiast tego, bez uzyskania zgody matki podano mieszankę.



„Miałam kontakt skóra do skóry przez dwie minuty, bo nie miałam siły trzymać dziecka. Dziecku podano mieszankę, o czym prawdopodobnie zdecydował lekarz, gdyż miałam wstrząs krwotoczny 3 stopnia, pęknięcie krocza (od łechtaczki prawie do odbytu), trudności z obkurczaniem macicy itp. Nie otrzymałam pomocy. Brak czasu, brak wiedzy, brak chęci pomocy. Sama nie byłam w stanie utrzymać dziecka na rękach, ale gdyby ktoś mi pomógł nie musiałby być dokarmiany tak, jak było napisane w planie porodu. Każda pielęgniarka (i lekarz) zajmująca się noworodkami powinna znać aktualne zalecenia WHO i posiadać podstawową wiedzę związaną z karmieniem piersią. Bardzo istotne są w wielu przypadkach pierwsze chwile, dni przyjścia dziecka na świat, aby móc karmić - pomoc w szpitalu powinna być fachowa i dostępna bez konieczności upominania się o nią”. (A2306)



Problem!

Połowa noworodków (50,6% dzieci ankietowanych kobiet spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) jest dokarmiana mieszanką w szpitalu z czego 9 na 10 dokarmianych dzieci (90,4% dzieci ankietowanych kobiet, które zostały dokarmione mieszanką) otrzymało mieszankę już w pierwszej lub w drugiej dobie życia. W wielu przypadkach dokarmianie jest bezpodstawne, wynikające z inicjatywy położnych lub pielęgniarek, bez zlecenia lekarskiego, a nawet odbywa się bez zgody czy świadomości matki. Uniknięcie bezpodstawnego dokarmiania wymaga od kobiet dużej wiedzy i asertywności. Zdarza się, że dokarmianie mieszanką nie jest odnotowywane w dokumentacji medycznej, co rodzi ryzyko zakłamania statystyk dokarmiania w danym szpitalu.



Na łamach raportu odnotowywałyśmy już wiele przykładów braku lub ograniczonego wsparcia w karmieniu piersią po porodzie drogą cięcia cesarskiego. Oto kolejne:

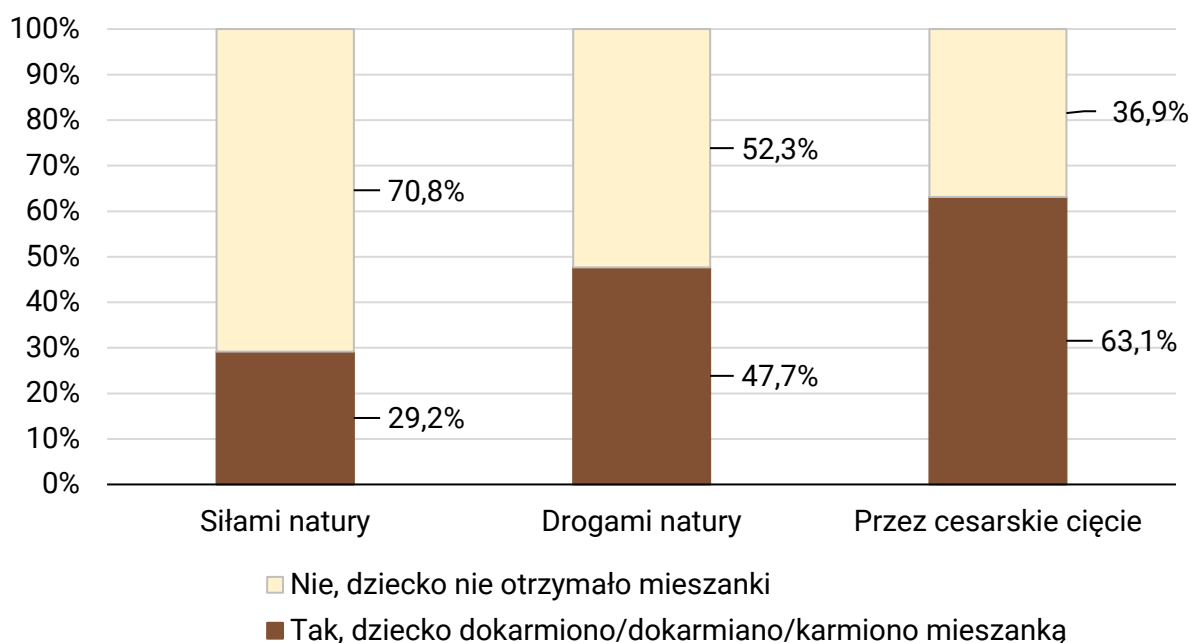
„Córka mi mocno płakała. Ja nie mogłam wtedy jeszcze wstawać, bo to była pierwsza noc. W szpitalu, w którym rodziłam nie można wstawać 24 godziny po cięciu cesarskim. Trzeba leżeć i nie można się wcześniej aktywizować, więc leżałam, więc w nocy mocno płakała. Była obok w tym łóżeczku. Nie bardzo mogłam sobie poradzić. Przyszła położna i zaproponowała, że ona ją zabierze i że może ją trochę ponosi, ewentualnie dokarmi. Ja wtedy powiedziałam, że nie chciałabym, żeby ją dokarmiali. Na co mi położna powiedziała, że jak będzie tak płakać to ona nie będzie zwlekała. To to był środek nocy. Położna nie zaproponowała mi, że da mi dziecko, że może by się przytuliło czy coś tylko, że ona ją zabierze. Później już sama sobie wzięłam dziecko i ją przytuliłam i tak spałyśmy do rana”. (K9)

„W szpitalu niby jest propagowane karmienie piersią, ale mleko modyfikowane leje się strumieniami. Dziewczyna na sali ze mną miała jeszcze za mało pokarmu, dziecko od razu po urodzeniu wisało jej praktycznie non stop na piersi, tak się przecież rozkręca laktację, ale położne zasugerowały, że nakarmię mlekiem modyfikowanym, aby miała spokój. Tak, aby się mogła wyspać. Takie było sformułowanie, bez wskazań. U mnie było tak samo. Mleko było po prostu podawane. Bez pytania o zgodę. Jak dali dziecko na chwilę po cięciu cesarskim do przystawienia, tak potem karmili butelką”. (A481)



“Nie wiedziałam, że dziecko otrzymuje mieszankę. Dowiedziałam się o tym na drugi dzień po porodzie. Wytłumaczeniem położnej było, że po cięciu cesarskim na pewno nie miałam jeszcze mleka”.
(A503)

Zaobserwowałyśmy zależność między tym, czy dziecko otrzymało/otrzymywało mieszankę w szpitalu a rodzajem porodu. W przypadku dzieci urodzonych w porodzie bez interwencji medycznych, czyli siłami natury 29,2% zostało dokarmionych mieszanką, zaś 70,8% z nich nie otrzymało mieszanki. W przypadku porodu drogami natury, czyli takiego, w którym miała/y miejsce interwencja/e medyczna/e, już 47,7% dzieci otrzymało lub otrzymywało mieszankę, zaś 52,3% nie zostało dokarmionych. W przypadku porodu poprzez cięcie cesarskie procent dzieci dokarmionych/dokarmianych/karmionych mieszanką wzrósł aż do 63,1%, zaś tylko 36,9% z nich mieszanki nie otrzymało ani razu (Ryc. 3.19.).



Ryc. 3.19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Jak urodziłaś?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



W naszych wywiadach powtarzają się historie, w których kobiety, które urodziły dziecko przedwcześnie, nie otrzymały odpowiedniego wsparcia w karmieniu własnym mlekiem.

„Urodziłam miesięcznego wcześniaka, więc 3 dni później, to już by nie był wcześniak, jednak ospałość u dziecka i problemy ze ssaniem wystąpiły. Zaczniemy od tego, że w tym ostatnim miesiącu ciąży chciałam się doszkolić na temat karmienia piersią, a wyszło jak wyszło, że nawet do końca torby do szpitala nie miałam spakowanej i trzeba było się szybko organizować. W szpitalu mały miał dosyć wysoką żółtaczkę i był ospały i jak próbowałam go przystawić do piersi, to nie miał siły ssać. Po paru samodzielnych próbach. Panie położne mi naciskały sutki i mówiły »Mleko jest«, to też widziałam, że jest. Przy nich mały się przystawiał, jak sama próbowałam to nie bardzo. Potem przyszła pani położna i z oczami jak ze Shreka mówi »Ale on już jest głodny. To co? Ja przyniosę mleczko i butelkę, bo on jest głodny«. W tych całych emocjach po porodzie nagłym, takim niespodziewanym, jak ktoś mi mówi, że dziecko jest głodne, a ja nie potrafię ocenić, czy jest głodne, to już w pierwszej dobie wleciała butelka. Teraz już wiem, że to zupełnie inaczej powinno wyglądać, ale widać było, że ta pani tak z dobroci serca. Ona naprawdę nie robiła mi nic na złe, tylko »Ale on już jest głodny może mu dam buteleczkę«. To znowu moje zaniedbanie, bo nie przygotowałam się. Teraz już wiem, że bym poprosiła o strzykawkę, żeby nie dawać jednak z tej butelki, żeby próbować odciągać moje mleko, które było. Naprawdę no sikało mi. Laktator dostałam chyba dopiero w 2 dobie od takiej starszej położnej, przyniosła mi, ale jak się pytałam, jak tego używać »No tutaj chyba gdzieś trzeba kliknąć«. Ja nawet nie pomyślałam o laktatorze. Dużo się działo, nieplanowany poród,



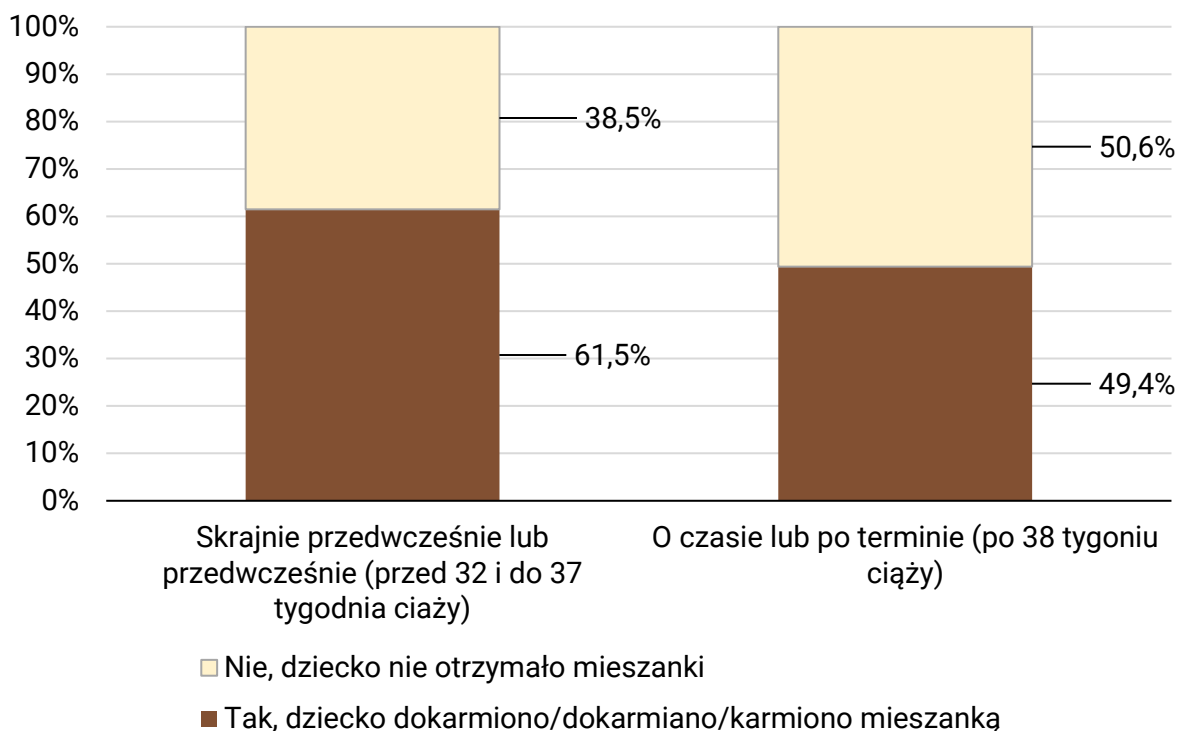
jeszcze miesiąc miał być. Nawet nie wiedziałam, że mam nawał. Nie czułam, że te piersi już mam tak spuchnięte, że zaraz wybuchną i to właśnie ta położna zauważyła i dostarczyła mi ten laktator, ale też bez żadnych informacji jak ściągać. W szpitalu byłam 5 dni, bo urodziłam w piątek, a wyszłam dopiero we wtorek. On był dokarmiany tak, że tyle ile mi się udało ściągnąć, to tyle dostawał mojego. Te dodatkowe ilości już były mieszanki zgodnie z sugestią pań położnych. Teraz wiem, że za dużo dostawał. Ten żołądek był za malutki na to, ale było pół na pół. Pamiętam, że jak wróciliśmy do domu, no to Internet od razu: jak zejść z dokarmiania. W domu dostawał 2 dni butelkę z mlekiem modyfikowanym, a potem udało mi się przejść całkowicie na swoje odciągane, bo dalej jeszcze był problem, żeby mały złapał pierś”. (K16)

„Wcześniak urodzony z wrodzoną wadą, o której mimo badań prenatalnych nie wiedziałam, operowany w 2 dobie. Był 5 tygodni na Intensywnej Terapii. Po wykryciu wady zagrażającej życiu i konieczności pilnej operacji dziecko zostało przewiezione do szpitala w innym mieście. Karmię piersią już 14 miesięcy. Byłam bez kontaktu z dzieckiem przez 40 dni, pracując jedynie na laktatorze, rozkręcając i podtrzymując laktację do przyjazdu dziecka. Wyłącznie dzięki przeczytaniu fachowej i aktualnej literatury oraz pomocy doradczyni CDL, za której wizyty płaciłam z własnej kieszeni. W szpitalu po porodzie nikt nawet słowem nie wspomniał, że mogę zbierać siarę i zanosić dziecku, zero zainteresowania. Mieszanka dla dziecka i spokój. Uważam, że każda kobieta w ciąży powinna mieć refundowaną wizytę CDL przed porodem i zaraz po porodzie w szpitalu. To moje



doświadczenia z karmienia piersią i opieką medyczną finansowaną z NFZ". (A1098)

Częściej były dokarmione dzieci urodzone przedwcześnie (przed 32 i do 37 tygodnia ciąży) – 61,5%, zaś 38,5% spośród tej grupy nie zostało dokarmionych mieszanką. Dzieci urodzone o czasie były dokarmiane w 49,4%, zaś 50,6% z nich nie otrzymało mieszanki (Ryc. 3.20.).



Ryc. 3.20. Tabela krzyżowa: na podstawie odpowiedzi na pytanie „Kiedy urodziłaś?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



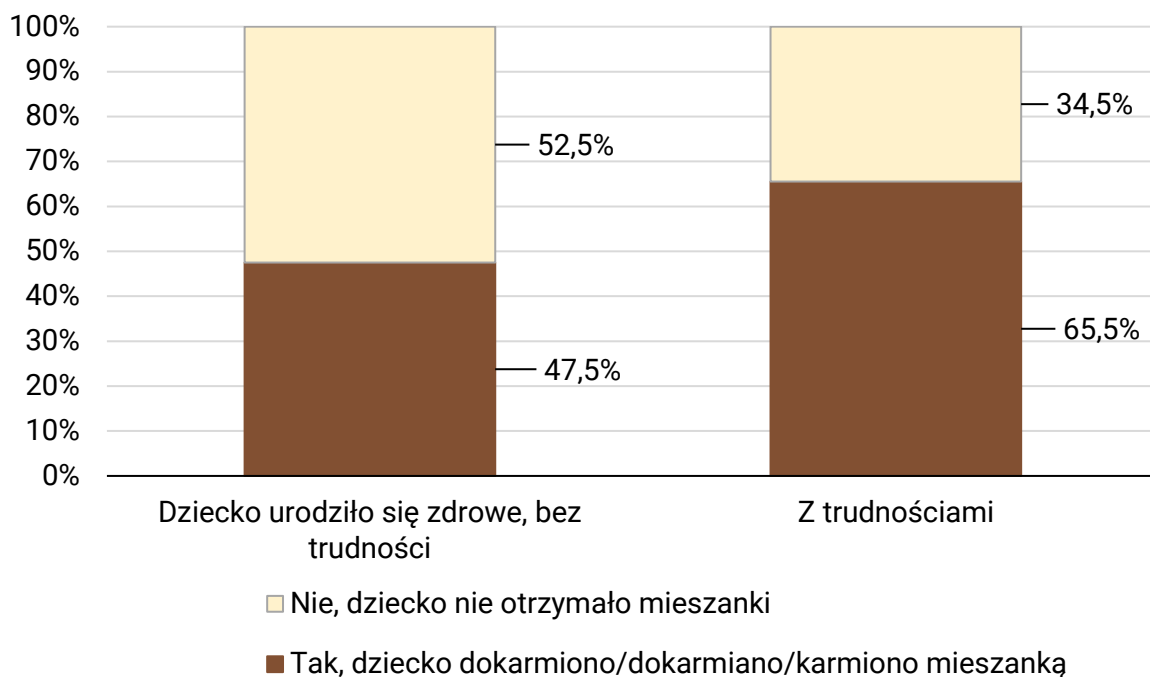
Z naszych danych wynika, że często mieszankę podaje się rutynowo w przypadku wystąpienia pierwszych trudności. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca, kiedy kobieta deklaruje chęć karmienia piersią, ponieważ według SOOO oraz rekomendacji WHO¹⁸⁷ dokarmianie mieszanką nie jest rozwiązaniem problemu, jest interwencją medyczną, którą powinno zastosować się po wyczerpaniu innych opcji, o których wielokrotnie już wspominałyśmy.

„Dziecko miało zaburzenia oddychania w wyniku zachłyśnięcia wodami płodowymi. Pielęgniarka z oddziału neonatologii powiedziała, że skoro nie karmiłam od momentu urodzenia, to nie mam pokarmu i nie będę mieć. Uważano, że skoro dziecko podczas pobytu w inkubatorze było karmione mieszanką, to tak powinno pozostać, bo cytuję: »Przecież to jest dobrze«. Nie wiem, bo nikt mnie o tym nie informował. Będąc w szpitalu przez ponad 24h od momentu urodzenia, nie otrzymałam ŻADNEJ informacji na temat stanu zdrowia dziecka, lekarz nie był dostępny. Dopiero po złożonej skardze u ordynatora oddziału uzyskałam jakiegokolwiek informacje”. (A247)

Z zależności dokarmiania dziecka mieszanką względem tego, czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z trudnościami zdrowotnymi widać, że dzieci z trudnościami były dokarmiane częściej – w 65,5% przypadków, zaś 34,5% dzieci z tej grupy nie dokarmiono, podczas gdy u dzieci zdrowych rozkłada się to następująco: 47,5% było dokarmionych mieszanką, zaś 52,5% nie (Ryc. 3.21.).

¹⁸⁷ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE 2018*, Genewa 2018, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> [dostęp: 30.11.2023]

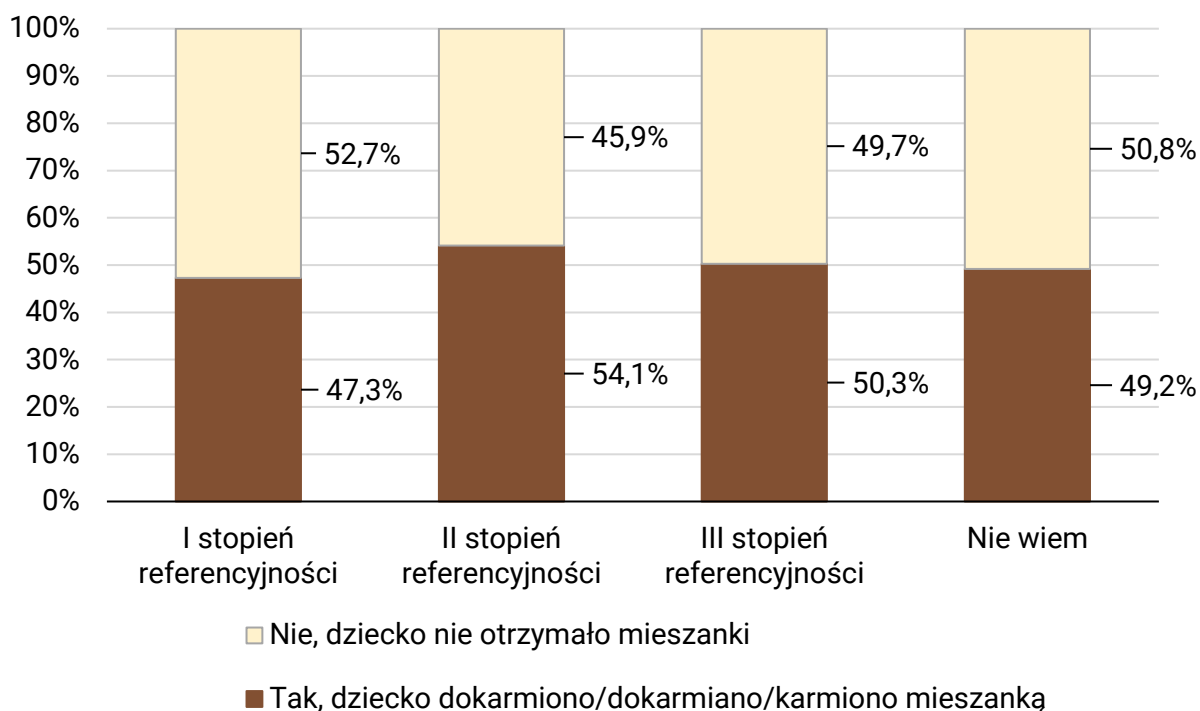




Ryc. 3.21. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z jakimiś trudnościami?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)

Poziom dokarmiania dzieci mieszanką rozkładał się podobnie, niezależnie od stopnia referencyjności szpitala. W szpitalach o I stopniu referencyjności dokarmionych było 47,3% dzieci, zaś mieszanki nie otrzymało 52,7%. W szpitalach o II stopniu referencyjności dokarmienie miało miejsce w 54,1% przypadków, zaś nie miało miejsca dla 45,9%. W szpitalach o III stopniu referencyjności dokarmienie zastosowano dla 50,3%, zaś nie stosowano dla 49,7%. Wśród kobiet, które nie znały referencyjności szpitala wyglądało to podobnie – 49,2% dokarmiono, zaś 50,8% nie (Ryc. 3.22.).





Ryc. 3.22. Tabela krzyżowa dla pytań: „Jaki stopień referencyjności miał szpital?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



Problem!

Na podstawie zebranych ankiet okazuje się, że częściej dokarmiane mieszanką są dzieci urodzone przez cesarskie cięcie oraz te, które urodziły się z trudnościami lub przedwcześnie, pomimo, że żywienie sztuczne stanowi ryzyko pogłębienia problemów zdrowotnych u dzieci w tych grupach. Zdarza się wśród personelu przekonanie, że po cesarskim cięciu „nie ma” mleka, co jest usprawiedliwieniem braku udzielenia pomocy w inicjacji i kontynuacji karmienia piersią, a czasem wręcz przyczyną szkodliwej ingerencji w proces karmienia.



Dzieci chore i przedwcześnie urodzone mają mocno ograniczony dostęp do mleka kobiecego od dawczyń z Banku Mleka Kobiecego, pomimo, że jest to mleko dedykowane tym dzieciom.

Jakie są przyczyny tak niskich wskaźników karmienia piersią lub mlekiem matki w szpitalach? W niniejszym raporcie wielokrotnie już wspominałyśmy o niedostatecznej wiedzy personelu medycznego. Rzetelnej i prawidłowej edukacji brakuje przede wszystkim na etapie kształcenia, o czym świadczą wypowiedzi kobiet z wykształceniem medycznym.

„Jestem pielęgniarką z wykształcenia. Skończyłam Uniwersytet Jagielloński. Nikomu się oczywiście tym nie chwaliłam, że jestem osobą wykształconą medycznie. Natomiast co innego jest się wykształcić i praktykować. Praktycznie na ginekologii i położnictwie mamy tylko praktyki. Niezbyt dużo z tego nawet pamiętałam. Co innego jest być medykiem, a co innego jest być mamą i mieć dziecko pod swoją opieką cały czas, kiedy się nic nie wie ani nawet jak je przystawić do piersi, ani nawet jak przebrać, bo człowiek tak naprawdę głupieje, kiedy zostaje pierwszy raz mamą. Próbowалам sobie radzić tak, jak mogłam”. (K25)

„Jakieś tam rzeczy typu skład mleka, dlaczego mleko kobiece jest lepsze niż mleko modyfikowane, to tak, takie rzeczy się pojawiały, ale nie oszukujmy się, każdy kto jest lekarzem, znaczy większość, będzie miało dzieci, więc uważam, że taka wiedza podstawowa, no takie rzeczy, które powinniśmy wiedzieć jak pomóc żonie czy samej sobie jak się jest w ciąży czy się karmi, czy no małe dziecko, to powinny być takie podstawy, a nie wychodzi się z taką wiedzą. Wychodzi się z wiedzą, jak cząsteczka wirusa jest



zbudowana, a nie takie podstawowe rzeczy. Na pediatrii był jeden wykład, który pamiętam o mleku kobiecym. Jeden wykład na 3 roku studiów. Tam były ze 4 godziny, ale to podejrzewam, że było skrócone gdzieś do 2,5 obstawiam, jakieś tam 100 slajdów na temat mleka kobiecego mogło być. Ale nawet na ginekologii, na położnictwie, gdzie miałam bardzo dużo zajęć nigdy nic innego się nie pojawiło”. (K9)

”Może jak ktoś ma bardzo dobrą pamięć, a propos przedmiotów przedklinicznych to nie wykluczam, że na przykład na fizjologii czy na histologii kiedyś mówiliśmy o tkance gruczołowej, to byłby 2-3 rok studiów. Ja kompletnie tego nie pamiętam, żeby zanim jeszcze nie mieliśmy do czynienia z pacjentem, był sam temat laktacji omawiany. Nie pamiętam tego zupełnie, choć nie wykluczam, że jakieś wspominki były. Natomiast, jeśli chodzi już o zajęcia kliniczne, jak sobie przypominam neonatologię, położnictwo, ginekologię to też nie za bardzo o tym mieliśmy. Najwięcej o laktacji, jeśli już, to pamiętam z pediatrii, kiedy mówiono o żywieniu dzieci. To było raczej na zasadzie co mówi WHO, jak długo karmić piersią, kiedy rozszerzać dietę, to było coś takiego. Natomiast na przykład laktogeneza, tak? Sama się złapałam na tym, że kiedy korzystałam z aplikacji takiej ciążyowej, która mówi, co się dzieje w kolejnym tygodniu ciąży, to tam było takie zdanie »16 tydzień ciąży – rozpoczyna się proces laktogenezy«, a ja »Co??? To już?«. Mówię »Jakim cudem ja tego nie pamiętam? Czy ja się o tym uczyłam?« i byłam taka zaskoczona, że »O mój Boże, to jeszcze nie połowa ciąży, a to już się dzieje?«. To mnie tak uderzyło, że kurczę pamiętam cykl spermatogenezy, pamiętam cykle trawienia, coś tam z cyklu



Krebsa, a to, że laktogeneza zaczyna się w 16 tygodniu ciąży, to dla mnie było zaskoczenie". (K28)

Tak natomiast brak edukacji już na etapie studiów medycznych podsumowała jedna z lekarek, która udzieliła nam wywiadu:

„Ogromnym problemem jest to, że studenci kierunków medycznych kończą uczelnię medyczną i tak naprawdę mają bardzo pobieżną i bardzo płytką wiedzę na temat korzyści wynikających z karmienia naturalnego, podstaw i fizjologii laktacji. Trudno potem wymagać od tych młodych ludzi, żeby promowali karmienie naturalne, skoro ich wiedza jest na poziomie minimalnym, albo prawie żadnym, bo znowu zależy na jakich edukatorów na studiach trafią. Jeśli na zajęciach na przykład z neonatologii studenci wydziału lekarskiego będą nauczeni, że przede wszystkim trzeba zadbać o to, żeby dziecko było karmione mlekiem matki i co zrobić, i jak przystawić do piersi, to potem będą o tym pamiętali i próbowali to wdrażać. Jeśli na zajęciach na temat karmienia noworodka słyszą wyłącznie o karmieniu z butelki i jak to dziecko butelką nakarmić i to też nie zawsze prawidłowo? Znam trochę studentów medycyny i zawsze podpytuję czego was uczyli, jak wam pokazywano różne rzeczy, jak edukowano. Niestety tej wiedzy nie ma. To nie oczekujemy od studenta, stażysty czy lekarza na początku rezydentury, nawet z pediatrii czy neonatologii, żeby coś więcej wiedział, skoro nie zdążył się do tej pory tego nauczyć, bo nie miał okazji. Mogę już powiedzieć po iluś latach swojej pracy zawodowej, że mimo wszystko w Polsce nie doceniamy nadal tych działań, które są najtańsze, czyli nie inwestujemy stosownie dużo



i dobrze w profilaktykę. Nie doceniamy tego, jak wiele ta profilaktyka może nam przynieść przy stosunkowo niedużych nakładach, bo jeśli chodzi o wspieranie karmienia naturalnego, to mamy za małą świadomość albo nie chcemy tej świadomości mieć, że jeśli zainwestujemy w zwiększenie odsetka dzieci karmionych naturalnie, w karmienie piersią naszych najmłodszych pacjentów, to nie od razu, choć od razu też jakieś korzyści, zyski finansowe, ekonomiczne będą, natomiast w perspektywie kilkudziesięciu – 30, 40, 50 lat, naprawdę możemy oszczędzić całkiem duże pieniądze, które można by było przeznaczyć na te dziedziny, na które nie jesteśmy w stanie profilaktyką, aż tak bardzo wpłynąć”. (P3)

Brak edukacji o laktacji lub bardzo mały jej zakres w toku nauczania przekładają się na pracę oddziałów położniczych i neonatologicznych.

„Położne w szpitalu nie mają wiedzy na temat laktacji”. (A143)

„Personal próbował mi pomóc udzielając różnych rad, ale rady były nieskuteczne i czasem wykluczające się. Dziecko miało przedłużającą się żółtaczkę przez co nie budziło się na karmienie i problemy z ssaniem przez wędzidełko. Moim zdaniem problemem był brak wykształcenia położnych w temacie karmienia”. (A1344)

„Jedna młoda pani położna miała aktualną wiedzę w swojej dziedzinie. Była bardzo miła, nie oceniała, nie krytykowała, rozwiewała wątpliwości. Lecz gdybym była mamą niedoedukowaną



wcześniej z Internetu i książek, to nie wiedziałabym zupełnie kogo słuchać, ponieważ każda położna mówiła co innego. Uważam, że wszystkie położne powinny mieć taki sam zakres wiedzy. Tutaj każda mówiła co innego, a były też panie położne w wieku około 65-70 lat i wydaje się, że wiedzy nie uaktualniały bardzo dawno. Jedna pani wypowiedziała mi listę zakazanych produktów spożywczych przy karmieniu piersią, w tym były owoce, warzywa, a i czosnek to ponoć samo zło!!!!” (A591)

„Przede wszystkim jama ustna jest niezbadana, nie jest oglądana, tam tylko niektórzy zajrzą, ewentualnie na język po prostu popatrzeć, ale w kontekście czy coś na nim jest czy nie, więc nie ma takiej pełnej diagnozy. Nie ma spojrzenia takiego całościowego, czyli spojrzenie właśnie na to, że w tym karmieniu jest i mama, i dziecko, że trudności są tej pary, a nie tylko mamy czy tylko dziecka. One zawsze będą wspólne. Brak też moim zdaniem edukacji, aktualizacji swojej wiedzy, odnośnie do tego, jak powinno wyglądać karmienie, jak to dziecko powinno przy karmieniu się zachować albo jakie są też sygnały niepokojące. Moim zdaniem problemem są braki wiedzy na tematy tak fundamentalne, jak to, ile dziecko powinno w ogóle w pierwszych dobach zjeść, bo mam wrażenie, że przekarmianie dzieci jest na porządku dziennym”. (P9)

„W mojej opinii, oddziały położnicze mają całkiem fajne wsparcie laktacyjne. Być może jeszcze psychologiczne podejście warto poprawić. Ale wiedza położnych jest spora. Gorzej ma się wiedza na oddziałach patologii noworodka, gdzie pracują pielęgniarki, a nie położne. Spotkałam się z niezrozumieniem fizjologii laktacji:



»Dziecko wisi ciągle na piersi, to pewnie się nie najada. Trzeba mu dać mleko modyfikowane«, albo robienie uwag do mojego menu i obwinianie mnie o to, że dziecko jest niespokojne, bo pewnie wypitam sok etc.» (A2397)

Podział organizacyjny szpitali na oddziały neonatologiczne czy położnicze często pogłębia trudności w ustaleniu jednolitego podejścia do wsparcia kobiet i noworodków w karmieniu piersią. W ostatnim cytacie i w kolejnym – położnej, która na co dzień pracuje w szpitalu jako doradczynie laktacyjna – mamy przykłady, gdzie trudniej jest o to wsparcie na oddziale neonatologicznym. Chcemy tu jednak podkreślić, że w innych historiach cytowanych w raporcie bywało odwrotnie, więc nie sądzimy, aby było regułą, że takie czy inne oddziały nie wspierają. Wydaje się, że to zależy od pojedynczych osób, które są w stanie zmienić praktyki i procedury na danym oddziale, a mogą być to zarówno pielęgniarki, położne, lekarze czy nawet inne osoby, choć ostatecznie musi być to decyzja kierownictwa.

„W moim szpitalu jest taki podział na noworodki i na położnictwo. Za noworodka jest odpowiedzialny personel oddziału noworodkowego, za pacjentkę jest odpowiedzialny personel oddziału położniczego. Szef oddziału położniczego jak najbardziej dużo dyskutował z personelem z oddziału noworodkowego, z szefem i z oddziałowymi, ale jakby bezpośrednio nie był za to odpowiedzialny. Za to odpowiedzialny był szef oddziału neonatologii. Mój szef na przykład krótko przed odejściem do mnie mówi »Słuchaj, zrób taką listę, które uważasz, że powinny się zmienić, chciałbyś, aby się zmieniły«. On z tą listą szedł na zebranie, na którym rozmawiał o tym z osobą na stanowisku odpowiadającym jego stanowisku, ale z oddziału neonatologii. Bardzo chciał to zmienić, ale bezpośrednio nie był za to odpowiedzialny, więc mógł sugerować, mógł rozmawiać na ten temat, ale nie mógł bezpośrednio podejmować decyzji. Jak



przyszłam do pracy moja córka miała 2,5 roku niecałe. Spotkałam się z jedną lekarką neonatolożką. Dodam, że mi zajęło 6 tygodni przejście na piers po porodzie, zanim moja córka załapała i miała dobre przyrosty. Mogło się to odbyć szybciej. Teraz już z perspektywy czasu wiem, że parę rzeczy zrobiłam źle. Wiadomo człowiek się uczy na błędach i tyle czasu mi zajęło. I mówię, do tej lekarki, że moja córka cały czas jest na piersi, cały czas się karmi. Z absolutnie pełną dumą to powiedziałam i lekarka mówi: »Tak długo to już to jest chyba kwestia bardziej pani przyjemności«. To było pierwsze moje takie zderzenie. »Ok, dobra, czyli to jest osoba, z którą no może za dużo nie zdziałam, trzeba się zdystansować« pomyślałam. Uważam, że personel właściwie to każdy i oddziału położniczego i neonatologicznego i lekarze neonatolodzy i lekarze ginekolodzy, powinni być systematycznie po prostu przeszkalani. Oczywiście w różnym zakresie. Lekarz neonatolog będzie szkolony w zakresie np. farmakoterapii w laktacji i wskaźników skuteczności karmienia, bo mi się wydaje, że to jest bardzo duży problem wśród personelu oddziału neonatologicznego. Personel ginekologiczny no to o jakichś chorobach właśnie, ta farmakokinetyka leków, laktacja. Nie dalej jak wczoraj, miałam pacjentkę ze schizofrenią na podstawowym leku stosowanym w schizofrenii, gdzie lekarz psychiatra na konsultacji wpisał, że pacjentka nie może karmić piersią, a to jest psychiatra, z którym ja rozmawiałam 3 miesiące temu o dokładnie takiej samej sytuacji: »Ale pani doktor, ten lek jest dozwolony pani zobaczy, ja pani pokażę« i ona »No to się widzę dużo zmieniło«, no ale napisała, że lek sprawdzony i może być stosowany. Mimo tego po trzech miesiącach ponownie jest taka sama decyzja, że nie można karmić. Teraz miałam zajęcia ze studentkami z położnictwa



drugiego roku studiów magisterskich i przeszłam z nimi cały protokół oceny skuteczności karmienia, jakie dziecko ma odruchy, w którym momencie oceniamy efektywność, w którym momencie oceniamy pozycję tych pacjentek i to samo mi się wydaje, że powinno dotyczyć personelu neonatologicznego. Próbuję umówić szkolenie wewnątrzszpitalne personelu, ale brakuje mi po prostu na to czasu, ale chcę to zrobić. Tylko, że to będzie szkolenie dobrowolne, więc te dziewczyny, które będą chciały, to szkolenie odbędą, a te które nie będą czuły takiej potrzeby, to na to szkolenie nie pójdą. Ale docierają do mnie głosy z neonatologii, czy będę to organizować i kiedy, bo one by jednak chciały. Jak są takie pojedyncze jednostki, które chcą zrobić dużo dobrego, ale trafiają do grupy, która pracuje bardzo długo już na oddziale i ma pewne swoje przyzwyczajenia i przekonania, to tej jednej jednostce będzie bardzo ciężko się przebić, bardzo ciężko”.

(P10)

„Pierwszy punkt, to byłyby jakieś kursy im zrobić cokolwiek, jakiś egzamin chociaż, żeby to jakoś wyegzekwować, bo robi się kurs, na który one przyjdą albo nie przyjdą, posłuchają albo nie posłuchają. One 30 lat robią to samo, to co im jakaś głupia młoda baba będzie mówić, jak mają postępować”. (K9)

„Jest takie polskie porzekadło »Ryba psuje się od głowy«, ale też i od tej głowy się rozwija, więc jeśli jest światły szef otwarty na zmiany szczególnie jeśli badania naukowe pokazują, że to sprzyja czemuś dobremu, rozwojowi czy poprawie zdrowotności czy poprawie stanu emocjonalnego, psychicznego, na przykład, jeśli



chodzi o te właśnie wszystkie procedury związane z inicjatywą »Szpital Przyjazny Dziecku«, to są one po prostu wdrażane. Natomiast jeśli ktoś jest zamknięty na te nowinki i mówi »Zawsze tak pracowaliśmy i dalej tak będziemy pracować, przecież było dobrze, to po co mamy cokolwiek zmieniać«, to niestety zespół też tak postępuje, chyba że jest mocno zbuntowany i potrafi postawić się szefowi. Kiedyś to nie było takie łatwe, bo generalnie, jeśli chodzi o strukturę środowiska medycznego to była ona zawsze i jest nadal bardzo zhierarchizowana w naszym kraju. W tej chwili może młode pokolenie jest odważniejsze i potrafi głośniejszypowiadać swoje zdanie”. (P3)

„To widać, że jest taki wielogłos laktacyjny i może nawet ważniejsze jest, żeby przeszkolić szpital. Ostatnio byłam na takim szkoleniu, gdzie mówiono, że chyba w Norwegii czy w Szwecji wybrano jeden powiat i postanowiono bardzo gruntownie przeszkolić personel na poziomie doradców laktacyjnych, czyli wszyscy którzy się mieli szansę spotkać się z mamą i dzieckiem dostali super szkolenie. Na przykład u nich było 12% wskazań do podcięcia wędzidełek u dzieci w tym powiecie. Po przeszkoleniu personelu, czyli po fachowej poradzie laktacyjnej, okazywało się, że wiele problemów nie wynikało z wędzidełka tylko z innych rzeczy. Po zastosowaniu się do tych wszystkich zaleceń konieczność podcięcia wędzidełka pozostała u 3% dzieci przy zachowanych super wskaźnikach długiego karmienia piersią. Może trzeba pomyśleć, czy zamiast szkolić kolejne tabuny nas jako doradców laktacyjnych, nie byłoby sensowniej skupić się na przeszkoleniu, ale podkreślam przeszkoleniu personelu, a nie odbywaniu szkoleń



»Dzień dobry. Mogę się podpisać? Do widzenia«, czyli rzetelnym szkoleniu z egzekwowaniem wiedzy w postaci testów, sprawdzianów, ustawicznego szkolenia. To co robią na przykład szpitale z inicjatywy »Szpital Przyjazny Dziecku«, które mają obowiązek cyklicznie szkolić personel. To jest bardzo dokładnie spisane w zasadach, procedurach szpitalnych, że na przykład wszyscy lekarze, nie tylko neonatolodzy, ale i anestezjolodzy, ginekolodzy, czyli lekarze, którzy pracują w ogóle w tym szpitalu, mają co pół roku szkolenie odbyć i zdać test. Jeżeli szpital ma być »Szpitalem Przyjaznym Dziecku«, to ponieważ wiedza się bardzo szybko zmienia i trzeba ją aktualizować, ujednolicać pewne procedury i komunikaty, które mówimy do mamy, musimy mówić jednym językiem. Musimy się często spotykać, weryfikować wiedzę, nie wpadać w rutynę, w swoje własne pomysły, które są cenne, żeby coś nowego stworzyć, ale nie mogą być oficjalną wersją, bo mama wychodzi z kwadratową głową z tego oddziału i każdy mówi jej co innego". (P1)

Pod koniec podrozdziału 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce* wspominałyśmy o poziomach edukacji, z których pierwszy powinien być kierowany do każdego pracownika ochrony zdrowia, niezależnie od tego, jak często może spotkać na swojej drodze matkę karmiącą czy dziecko karmione piersią. Podstawową wiedzę powinna mieć każda osoba z personelu, która może mieć jakąkolwiek styczność z matką karmiącą. Wyższe poziomy powinny być kierowane do osób, które z takimi pacjentkami mają styczność na co dzień.



Szczególnie zagadnienie edukacji traktuje cytowany w podrozdziale 3.2.12. „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego”. Jedną z kluczowych procedur do realizacji według tych rekomendacji, jest objęcie planowym i regularnym systemem szkoleń laktacyjnych wszystkich pracowników szpitala sprawujących opiekę nad matką i noworodkiem¹⁸⁸. Przypomnijmy, że poziom dokarmiania w szpitalach był zbliżony niezależnie od stopnia referencyjności placówki leczniczej. Już w 2014 r., kiedy ukazały się rekomendacje zdefiniowano barierę w realizacji praktyk sprzyjających laktacji:

„Jedną z barier w realizacji praktyk sprzyjających laktacji jest niezadowalający poziom wiedzy personelu medycznego opiekującego się matką i dzieckiem. Niedostatek wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych w zakresie nowoczesnej wiedzy o laktacji wynika z:

1. powszechnego przekonania, że w toku kształcenia przeddyplomowego każdy pracownik ochrony zdrowia uzyskał wystarczającą wiedzę na temat karmienia naturalnego;
2. niespójnej i często nieaktualnej wiedzy zawartej w podręcznikach medycznych;
3. niskiej motywacji do kształcenia podyplomowego wynikającej z przeświadczenia, że nie ma istotnej różnicy jakościowej między karmieniem naturalnym a sztucznym;
4. słabej dostępności do wysokiej jakości kształcenia podyplomowego w zakresie laktacji.

Brak wiedzy skutkuje tym, że matki i ich rodziny nie otrzymują jednolitych i wyczerpujących, opartych na dowodach naukowych,

¹⁸⁸ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11., s.11., https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



informacji na temat prawidłowego rozpoczynania i przebiegu laktacji, a także ryzyka wczesnego żywienia sztucznymi mieszankami. Brak umiejętności praktycznych wśród personelu uniemożliwia skuteczne instruowanie matek w zakresie techniki karmienia i odciągania pokarmu. Obserwuje się przy tym niewłaściwe postawy personelu - podawanie w wątpliwość kompetencji matki w zakresie laktacji lub opieki nad dzieckiem. Wykazano w wielu badaniach, że odbywanie szkoleń poświęconych laktacji i zdobywanie umiejętności praktycznych w zakresie technik karmienia i odciągania pokarmu nie tylko podnosi wiedzę personelu, ale też poprawia wskaźniki karmienia piersią oraz wskaźniki zdrowotne¹⁸⁹.

W podrozdziale 3.2. cytowałyśmy „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”, które są podstawą omawianej tam inicjatywy „Szpitala Przyjaznego Dziecku”. Jako dwa pierwsze punkty wymieniają dwie procedury zarządzania krytycznego:

- należy bezwzględnie stosować się do wytycznych Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (Kodeks WHO),
- należy upewnić się, że personel posiada niezbędną wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią.

Podkreślamy, że są to dwa pierwsze kroki uznane jako KRYTYCZNE. Wiemy też z zawartej w ww. podrozdziale analizy, że odsetek szpitali posiadających certyfikat „Szpitala Przyjaznego Dziecku” w Polsce spada, a organizacja, która zajmuje się wdrożeniem tej inicjatywy w naszym kraju nie jest agendą rządową. Co za tym idzie, nie przeznaczają się

¹⁸⁹ Nehring-Gugulska M., *Szkolenie personelu Oddziałów Intensywnej Terapii Noworodka w zakresie opieki laktacyjnej*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria 2014*, T. 11, s. 17 https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



środków publicznych na wdrożenie tej inicjatywy. Przypomnijmy, że Polska podpisała Deklarację Innocenti, obligującą ją do ochrony, propagowania i popularyzacji karmienia piersią właśnie m.in. poprzez wdrożenie tej inicjatywy.



Problem!

Brak systemowej rzetelnej edukacji o laktacji i karmieniu piersią na odpowiednich poziomach edukacyjnych oraz systematycznej aktualizacji wiedzy personelu medycznego. Szpitale nie przystępują do certyfikacji jako „Szpital Przyjazny Dziecku” lub nie recertyfikują się. Brak jest środków rządowych na wprowadzenie inicjatywy na skalę ogólnopolską.

Problem wiedzy i kompetencji już pokrótce omówiliśmy. Przyjrzyjmy się teraz, jak ma się pierwszy z wyżej wymienionych KRYTYCZNYCH podpunktów „10 kroków do Udanego Karmienia Piersią” do rzeczywistej sytuacji w polskich szpitalach?

Jedna z lekarek, która udzieliła nam wywiadu, zauważyła, że lukę w edukacji wykorzystują producenci i dystrybutorzy produktów zastępujących mleko kobiece.

„W momencie, kiedy zaczęto w Polsce również mówić pozytywnie o karmieniu piersią, czy zaczęto wspierać karmienie piersią, uznawać je za ważny element, nie tylko opieki nad mamą i dzieckiem, ale również terapii i zaczęto doceniać wagę mleka kobiecego jako czynnika prozdrowotnego, to te firmy, które już wcześniej zainteresowały się produkcją mieszanek, również czyniły kroki, żeby jednak na rynku pozostać, aby nie zmniejszać swoich przychodów. No i co wtedy się robi? Stara się dotrzeć do decydentów. Tymi decydentami, autorytetami w medycynie,



którzy mówią co robić, jak postępować są profesorowie w danych dziedzinach, są szefowie oddziałów, właśnie ta kadra kierownicza. Kadra naukowa również dyktuje warunki, edukuje kolejne pokolenia. Doskonale pamiętam, że będąc młodą lekarką jeżdżącą na kursy specjalizacyjne czy na staże, słuchałam zupełnie bezkrytycznie moich ówczesnych mentorów i ich wiedzy, którą nam przekazywali, tym bardziej, że dostęp do tego co się działo w świecie zachodnim jeszcze był trudny. Nie było takich możliwości, żeby otworzyć Internet i odczytać najświeższe publikacje naukowe z Europy, Stanów, Kanady, Japonii czy z innych krajów, gdzie ta wiedza naprawdę jest na bardzo dobrym poziomie. Byliśmy zdani w większości na to, co przekażą nam nasi mentorzy naukowcy, którzy byli zapraszani na różnego rodzaju konferencje międzynarodowe i przyjeżdżali, dzielili się z nami tą wiedzą, więc jeśli profesor na wykładzie coś powiedział, to było to dla nas święte i nikomu z nas praktycznie nie przyszło do głowy, żeby mieć jakąkolwiek refleksję i zastanawiać się, czy to co mówi, to rzeczywiście jest w stu procentach prawda, czy też to jest tylko część tego co powinniśmy usłyszeć, a niekoniecznie do końca tak jest. Tutaj ta rola autorytetów była naprawdę ogromna. Zresztą myślę, że i w obecnych czasach, mimo że dużo się zmieniło, że właśnie młodzi lekarze czy studenci medycyny mają możliwość pozyskiwania tej wiedzy bezpośrednio ze źródeł, tam gdzie te badania naukowe powstają, to mimo wszystko pozostało w naszej mentalności, w naszych głowach coś takiego, że jeśli jestem na wykładzie, który wygłasza, ktoś kto jest autorytetem, posiada jakiś tytuł naukowy, jest szefem kliniki, no to na pewno mówi wszystko tak jak należy i słucha się tego, że tak powiem w dużej mierze bezkrytycznie. Jeśli dziś próbujemy się dzielić naszą



wiedzą pozyskaną właśnie z najlepszych źródeł, z innych krajów na przykład, to często słyszymy, że »A co ty możesz wiedzieć, ty jesteś tylko zwykłym lekarzem. Twoja wiedza nie jest tak cenna i tak wartościowa, jak wiedza kogoś, kto posiada jakieś tytuły naukowe«. Wtedy niestety było tak, i zresztą po dziś tak jest, że przedstawiciele koncernów produkujących mieszanki, docierali do tych autorytetów naukowych na różne sposoby. Nie wiem do końca w jaki sposób ich przekonywali, mogę się tylko domyślać, ale też pewności żadnej nie mam. W każdym razie udawało im się przekonywać, te nasze autorytety medyczne do tego, żeby przekazywały one nam taką, a nie inną wiedzę, że »Owszem może i mleko matki jest bardzo dobre, ale mamy też doskonałe produkty, które mogą w razie czego je zastąpić«. A to w razie czego, często było niekoniecznie spowodowane rzeczywistą sytuacją, tylko tym, że na przykład nie udzieliło się mamie pomocy, jak może nakarmić własne dziecko, więc »W razie czego zawsze mamy mieszankę«. I taka wiedza była propagowana. Przedstawiciele tych firm mieszkankowych docierali na różne poziomy, nie tylko do autorytetów, ale bezpośrednio również do nas – do lekarzy i do pielęgniarek i do położnych. Na przykład współfinansowanie, zresztą to nie tylko problem Polski, ale również innych krajów. Nawet sprawy sądowe wytaczane w różnych krajach lekarzom czy innym profesjonalistom medycznym, że jakieś korzyści czerpali z tego, że propagowali wiedzę sprzyjającą zwiększeniu sprzedaży mieszanek i niekoniecznie była to wiedza rzetelna i prawdziwa, natomiast czerpali po prostu korzyści finansowe z takich działań. Także były konferencje współfinansowane przez dystrybutorów czy producentów mieszanek, czy jakieś prezenty rozdawane na szkoleniach dla personelu i to mówię nie tylko dla lekarzy,



ale również dla pielęgniarek, położnych pracujących na oddziałach położniczych, noworodkowych, dla położnych środowiskowych”.

(P3)

W podrozdziale 2.3. *Ochrona kobiet w ciąży przed wpływami komercyjnymi* zwróciliśmy uwagę na problemy związane z tym, że już na etapie ciąży do kobiet dociera marketing produktów zastępujących mleko kobiece, a także, że producenci i dystrybutorzy tych produktów angażują personel medyczny do tej promocji, który umyślnie bądź nieumyślnie się temu poddaje, co szkodzi karmieniu piersią. Omawiany w ww. podrozdziale Kodeks WHO i przepisy go wdrażające (przepisy prawa żywnościowego, a od dnia 1 stycznia 2019 r. także przepisy S000) dotyczą również opieki nad matką i dzieckiem po porodzie, czyli także opieki okołoporodowej świadczonej przez szpitale. Zauważony już w tamtym podrozdziale problem dot. niewystarczającej ochrony przed wpływami komercyjnymi w prawie polskim pozostaje aktualny również w kontekście opieki okołoporodowej. Dlatego ponownie na podstawie już przeprowadzonej analizy prawnej chcemy podkreślić:



Problem!

Brak pełnego wdrożenia do prawa polskiego zapisów Kodeksu WHO, które chroniłyby kobiety i noworodki, a także personel szpitala przed wpływem marketingu na podejmowane decyzje o karmieniu noworodków.

Jak zatem brak pełnego wdrożenia Kodeksu WHO przekłada się na sytuację w polskich szpitalach? W wywiadach zapytałyśmy personel medyczny o dostarczanie mieszanek do szpitali. Oto co usłyszałyśmy od personelu.

„W szpitalach jest tak, że te mieszanki wchodzą jako darowizny, bo w szpitalach oni zawsze uważają, że muszą mieć zapasy, »magazyn mieszanek«, więc producenci tam się pojawiają bez



przerwy i zostawiają te mieszanki do dokarmiania na oddziałach neonatologicznych, ale najczęściej decyduje o tym przyjęciu neonatolog. Bardziej z lekarzami oni się kontaktują, bo to on zleca, przynajmniej powinien, a nie powinna to być samowolka położnej”.
(P4)

„Mi się wydaje, że to jest jakiś przetarg organizowany, jak na wszystko. Jak na każdy sprzęt, którym operuje się w szpitalu jest przetarg organizowany z różnymi firmami, bo i tymi, co produkują sprzęt medyczny i takimi, co zajmują się dystrybucją mieszanek”.
(P10)

„Uważam, że oni po prostu jeden grosz za to dają, żeby nie było właśnie, że jest to darowizna, czyli płacą śmieszne pieniądze, a firma, która wpadnie z lepszym marketingiem wygrywa”. (P5)

„W tej chwili są coraz większe rygory nakładane na szpitale i muszą być ogłaszane przetargi na zakup, ale te ceny, różnica w cenie pomiędzy zakupem mieszanki przez szpital, a zakupem tej samej mieszanki przez rodzica w aptece czy w sklepie spożywczym jest spora. O to właśnie chodzi, żeby szpital miał tę mieszankę stosunkowo niedrogo, jeśli nie za darmo, to w każdym razie za stosunkowo niewysokie kwoty, po to, żeby ją poniekąd promować. »Jeśli lekarz zalecił mojemu dziecku taką, a nie inną mieszankę i tym było dziecko karmione w szpitalu, a ja wiem, że ten szpital jest dobrą placówką, ma dobrą opinię, to jeśli moje dziecko po wyjściu ze szpitala nadal wymaga dokarmiania, to będę używał



tej samej mieszanki, bo ten szpital przecież nie kupiłby czegoś byle jakiego, prawda?«. Siła autorytetu placówki medycznej czy personelu medycznego, zaufania do nas powoduje, że ten rodzic idzie do apteki czy do sklepu i kupuje właśnie ten, a nie inny produkt. To są proste działania marketingowe, żeby wejść tam, gdzie są autorytety i sprzedać czy dać coś za stosunkowo niewysoką kwotę, po to, żeby te pieniądze odzyskać od klienta, który później będzie kupował ten sam towar, bo w miejscu, które jest dla niego ważne ten towar był używany”. (P3)

To czy szpitale zawierają umowy na zakup mieszanek i jakie są procedury zakupu nie jest transparentne. Nie jest również jasne dla osób, które na co dzień zajmują się laktacją i pracują bądź pracowały w szpitalach. Zauważmy, że w raporcie Najwyższej Izby Kontroli z 2015 roku pt. „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych” stwierdzono: „W ocenie NIK wpływ na częste podawanie mleka modyfikowanego noworodkom może mieć atrakcyjna cena preparatów dostarczanych do większości skontrolowanych szpitali w stosunku do ceny rynkowej (ok. 3 zł). W latach 2013–2015 producenci i dystrybutorzy dostarczali je bowiem za symboliczną opłatą od 0,01 zł za jednorazową buteleczkę o pojemności 90 ml (ze smoczkami) lub nawet bezpłatnie”¹⁹⁰.

Podkreślić należy, że powyższe praktyki (przyjmowanie darowizn preparatów mlekozastępczych oraz butelek do karmienia i smoczków do nich lub nabywanie ich przez szpitale po znacznie zaniżonej cenie) naruszają zapisy Kodeksu WHO, który zakazuje bezpłatnych lub po obniżonej cenie dostaw produktów objętych jego zakresem do jakichkolwiek obszarów systemu ochrony zdrowia z uwagi na niekorzystny wpływ takich praktyk na karmienie piersią¹⁹¹. Darmowe dostawy doprowadziły bowiem do rutynowego podawania mieszanek przez często niemający wystarczającej wiedzy w zakresie laktacji personel medyczny, który zamiast pomóc matce w karmieniu piersią, dawał dziecku łatwo

¹⁹⁰ NIK, Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych, LBI.410.008.2015 Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/065/> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹¹ WHO, The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005990> [dostęp: 30.11.2023]



dostępłą mieszankę^{192, 193}. Są one sprawdzoną techniką zachęcającą do karmienia mieszanką¹⁹⁴. Jest dokładnie tak, jak wskazuje lekarka, która udzieliła nam wywiadu (wypowiedź P3 powyżej) – darowizny do szpitali są dla producentów i dystrybutorów inwestycją, która się zwróci dzięki przyszłej sprzedaży. Matki mają bowiem tendencję do kontynuowania karmienia mieszanką określonej marki, którą otrzymały w szpitalu, ponieważ traktują to jako dorozumiane poparcie autorytetu medycznego¹⁹⁵. Znajduje to potwierdzenie w wynikach niniejszego raportu (zob. wypowiedzi kobiet cytowane dalej).

Natomiast w prawie polskim nie ma takiego wyraźnego zakazu, a przepisy prawa żywnościowego dotyczące dozwolonych darowizn preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt¹⁹⁶ wywołują wątpliwości interpretacyjne, w tym jest niejasne, czy dotyczą one podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, np. szpitali. Niejasne jest także, czy tego typu darowizny są dopuszczalne w świetle S000, który zakazuje wszelkich działań reklamowych i marketingowych związanych z ww. produktami w placówkach ochrony zdrowia objętych jego zakresem. W praktyce prowadzi to do wielu nadużyć, co znajduje potwierdzenie w wynikach raportu. Nadmiar sztucznych mieszanek rodzi pokusę ich wykorzystania, w konsekwencji są więc one często chętnie i bez potrzeby wręczane matkom, na co zwróciła także uwagę cyt. powyżej NIK. Tymczasem podkreślić należy, że nawet w przypadku uznania, że szpitale mogą otrzymać powyższe produkty w ramach darowizny lub po obniżonej cenie, wymaga to zachowania określonych wymogów. Takie produkty mogą być przeznaczone tylko dla „niemowląt, które MUSZĄ być żywione preparatami do początkowego żywienia niemowląt”, a niemowlęta te otrzymują je „jedynie w okresie, gdy żywienie takie jest wymagane” (tak art. 10 ust. 4 rozp. del. 2016/127; natomiast obowiązujący w odniesieniu do butelek do karmienia i smoczków do nich art. 25 ust. 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia wskazuje: „przez okres uzasadniony potrzebami żywieniowymi tych niemowląt”). W piśmiennictwie zaznacza się, że obowiązek zapewnienia zgodności działań z przepisami

¹⁹² IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers under the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201804-CE3-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹³ IBFAN i ICDC, *Code Essentials 1: Annotated International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201801-CE1-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹⁴ IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Worker...*, j.w.

¹⁹⁵ Tamże.

¹⁹⁶ Zob. art. 10 ust. 4 rozp. del. Komisji (UE) 2016/127 i art. 25 ust. 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.



spoczywa zarówno na podmiocie dostarczającym preparaty, jak i na instytucji lub organizacji będącej ich odbiorcą. Podmiot dostarczający preparaty nie może zachęcać do ich stosowania w stosunku do dzieci, które tego nie wymagają, w szczególności przez dostawy ilości preparatów znacznie przewyższające zapotrzebowanie w danej instytucji lub organizacji¹⁹⁷.

Za naruszające przepisy (zarówno prawa żywnościowego, jak i S000) należy uznać zatem rutynowe rozdawanie przez personel medyczny położnicom preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Obejmuje to także wręczanie matkom tych produktów „na wszelki wypadek”, w tym do domu, co również miało miejsce w sytuacjach opisanych w raporcie (o czym poniżej w wypowiedziach ankietowanych kobiet). Zachowania takie naruszają przepisy dotyczące marketingu preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt zawarte w prawie żywnościowym i w S000. Są one ponadto niezgodne z pozostałymi przepisami S000, których celem jest ograniczenie rutynowego podawania sztucznej mieszanki bez wskazań¹⁹⁸. Jak już wspomniano, S000 pozwala na podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki (i po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu), przy czym obowiązkiem osoby sprawującej opiekę nad położnicą w szpitalu jest zachęcanie jej do karmienia piersią i pomoc w tym karmieniu w razie potrzeby, a nie automatyczne proponowanie lub podawanie mieszanki, traktowanej przez personel medyczny jako pokarm pierwszego wyboru, co niestety zdarza się w praktyce.

Poniżej przedstawiamy wypowiedzi kobiet dokładnie pokazujące, jak w praktyce wygląda dystrybucja mieszanek na oddziale.

„Pamiętam, że jak byłam w tym szpitalu, to przysłałam po prześcieradło po prostu. Byłam w położu i było zabrudzone, chciałam, żeby je wymienić. Pierwsze co usłyszałam, to położna się uśmiechnęła i powiedziała »Czy pani przyszła po [nazwa

¹⁹⁷ Syska M., [w:] *Bezpieczeństwo żywności i żywienia. Komentarz*, Szymecka-Wesołowska A. (red.), Warszawa 2013, LEX/el., art. 25.

¹⁹⁸ Por. *Praktyczne uwarunkowania wprowadzenia nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Prometriq Akademia Zarządzania 2018, https://prometriq.pl/wp-content/uploads/2018/12/Broszura_NPZ-CO1-wersja-elektroniczna.pdf [dostęp: 30.11.2023]



mieszanki], czy po [nazwa mieszanki]«. Po prostu większą trudnością było karmienie piersią niż dokarmianie, bo tych buteleczek było tam pełno, były za darmo”. (K33)

„Najgorsze, co mama może usłyszeć »Bo pani zagłodzi swoje dziecko«, a to się słyszy nagminnie na takich oddziałach. I one potem lądują z depresjami, z myślami samobójczymi, odrzucają te dzieci, chcą być jak najszybciej wypisane z oddziału. Ja tam różne rzeczy widziałam, jak kobieta naprawdę błagała, żeby ją wypisać do domu, bo ona tego nie mogła już psychicznie zdzierżyć, tak była domęczona. Wpajano, że dziecko się nie najadło. I wszechobecne dokarmianie. Przecież tam na oddziale te butelki z [marka mieszanki] to po prostu były rozdawane jak cukierki tym dzieciom cały czas. Ta mama nie miała nawet okazji rozbudzić laktacji, bo dziecko było ćkane non stop tymi butelkami. »Pani sobie przyjdzie. Pani dostanie. A żeby się przespać, niech pani przyjdzie. Damy mieszankę«. To, że dzieci były kąpane i tam oczywiście dokarmiane, to normalne. Jak już mama chciała po kąpaniu dziecko nakarmić na noc, to nawet nie było opcji, bo wszystkie po prostu dostały po butelce z automatu. Te buteleczki, to przy całej trójce moich dzieci to było. [Marka mieszanki] był przy pierwszym i chyba przy drugim. [marka innej mieszanki] był teraz przy trzecim. Takie mini buteleczki te jednorazówki”. (K25)

„Położna przyniosła [nazwa] pudełko. Był tam smoczek, ulotki, próbki mieszanek, pieluszki, krem itp. Ogólnodostępne były butelki jednorazowe z gotową mieszanką m.in [nazwa firmy]. Niektóre matki z nich korzystały. Ja nie korzystałam”. (A123)



“Nie pamiętam marki, materiały były ogólnodostępne na oddziale. Matki mogły sobie wziąć mieszankę/smoczek, jeśli czuły taką potrzebę”. (A1462)

“Położne się pytały, czy zostawić butelkę z mlekiem. Na wszelki wypadek wzięłam, choć i tak nie skorzystałam”. (A1544)

“W szpitalu były mieszanki [nazwa marki] i nawet sama prosiłam o kilka buteleczek, ponieważ wychodziłam do domu w piątek i już podejrzewałam, że będą problemy z karmieniem piersią. W domu nie miałam kompletnie nic, jeśli chodzi o mleko modyfikowane czy buteleczki. A mieszankę [nazwa marki] synek dostawał już w szpitalu od położnych”. (A1643)

“Materiały przekazała położna, były ogólnodostępne w formie ulotek. Mieszanka była dostępna na życzenie razem z butelkami i smoczkami. Były to głównie [nazwy dwóch marek mieszanki]”. (A1913)

“Mleko, które bez mojej zgody namiętnie podawano mojemu dziecku podczas badań, na które je zabierano, a na których ja nie byłam obecna to było [nazwa marki]. Natomiast mleko w paczkach od szpitala i miasta – [nazwa marki] w saszetkach”. (A1975)

Kobiety znają marki mieszaneek rozdawanych w szpitalu, ponieważ na butelkach są etykiety.



„Ja dostawałam mieszankę w strzykaweczkach, bo doradczyni laktacyjna poinstruowała, że mam chodzić po dziesiątki w strzykawkach i dostawałam takie ciepłe strzykawki, ale widziałam, że koleżanka obok, która odciągała i dokarmiła buteleczką, to miała taką normalnie oklejona, obanderowaną”.
(K31)

„Rozmawiałam z kimś bliskim z mojej rodziny, kto karmił mieszanką i mówił, że to jest koszt około na tamte czasy, to było parę lat temu, 300 zł miesięcznie i że jedna puszka mleka przy wyłącznym karmieniu sztucznym w tym okresie, kiedy dziecko nie dostaje nic innego, wystarcza średnio na 3-4 dni. Nigdy to nie była moja zagwozdka. Gdyby nie ona, to nawet bym nie wiedziała, że tyle się zużywa, że to w sumie dużo. Te mieszanki też są bardzo różnorodne, jeżeli chodzi o ceny. Na przykład nawet wczoraj pacjentka się mnie spytała, czy jeżeli by się zdecydowała na mieszankę, to którą jej mieszankę polecam. Tak szczerze to nie ma to tak naprawdę znaczenia, więc tak jak z chlebem w piekarni teoretycznie każdy ma ten sam skład, ale każdemu smakuje z innej piekarni i podobnie jest z mieszanką - jednemu dziecku będzie służyć ta, drugiemu inna. To jest też w ogóle kwestia właśnie oddziału, że te pacjentki dostają te małe buteleczki z mlekiem z etykietą i one się tym już sugerują. Te butelki gotowe mamy na oddziale [nazwy marek]. Mamy cztery rodzaje i one dostają te buteleczki jednorazowe z etykietą kolorową z napisem, że to jest jedyńska, więc one się sugerują tym co dostają na oddziale po prostu. Często po wyjściu ze szpitala szukają dokładnie tego samego, czyli tych małych buteleczek do kupienia przez Internet.



Rynek działa na grupach mamowych, one sobie odsprzedają te małe buteleczki z mlekiem. Niektóre mamy dostają tę mieszankę w butelce do odciągania. Ja sama czasami dokarmiam i nawet tą butelką ze smoczkiem, ale właśnie wtedy butelką bez etykiety. To powinno być moim zdaniem takie rozwiązanie, że do butelki bez etykiety powinno się to przelewać. Te małe buteleczki to jest moja zhora zawsze po weekendzie, jak przychodzę do pracy w poniedziałek. Bo jak przychodzę we wtorek, w środę, w czwartek i w piątek, to jakby ta kontynuacja tygodnia zwykle już jest taka łagodniejsza, ale jak przychodzę po weekendzie, to te buteleczki są wetknięte w łóżeczkach. Kiedyś pamiętam, że i ordynator był taki wkurzony tym: »Czemu znowu to tutaj jest?«, a ja mówię: »Nie miej do mnie pretensji, bo to nie ja tym pacjentkom daję«. (P10)

„Mleko modyfikowane było oznakowane. Potem zostaliśmy na tym samym mleku z taką prostą myślą, że skoro się dobrze przyjęło w szpitalu, to pewnie jest dobre i nawet nie próbowałam podawać innego córce. Po prostu poszliśmy za tym w ciemno”. (K45)

Ekspozycja rodziców na logotyp, nazwę marki, firmy jest w interesie producentów i dystrybutorów, gdyż jest to osvajanie z wizerunkiem, co daje większą szansę na zakup produktów w przyszłości. Jak już wspominałyśmy jest wysokie prawdopodobieństwo, że rodzic widząc w szpitalu mieszankę danej marki zakupi taki sam produkt po wyjściu ze szpitala. Również rola autorytetu medycznego jest tu nie do przecenienia.





Problem!

Zdarza się, że w szpitalach rutynowo rozdaje się położnicom sztuczne mieszanki, w tym do domu „na zapas”, co w przypadku preparatów do początkowego żywienia niemowląt narusza przepisy prawa żywnościowego dotyczące marketingu tych produktów, a także przepisy S000.

Poza mieszankami, szpitale otrzymują od firm także inne materiały promocyjne, reklamowe, na przykład ulotki, karteczki do łóżeczek z logotypami firm i produktów. Narusza to zapisy Kodeksu WHO, który zakazuje wykorzystywania systemu opieki zdrowotnej do promocji produktów objętych jego zakresem. Obejmuje to ekspozycję produktów, afiszy i plakatów dotyczących tych produktów, dystrybucję materiałów promocyjnych, a także – co zostało wzmocnione zaleceniami Wytycznych WHO z 2016 r. (zob. podrozdział 2.3. raportu) – dostarczanie przez firmy upominków dla personelu medycznego, jak i dla kobiet w ciąży, rodziców, opiekunów niemowląt i małych dzieci oraz ich rodzin, czy darowywanie sprzętu (wyposażenia) do placówek^{199, 200, 201}.

„W szpitalu było na pewno bardzo dużo wszystkich gadżetów reklamowych z logami firm różnych marek mlek modyfikowanych. Nawet te takie karteczki, gdzie jest nazwisko matki i data urodzenia dziecka one też są z logiem [nazwa marki mieszanki]. Też dostałam małą buteleczkę z konkretnym mlekiem, była na nim etykieta z nazwą”. (K42)

¹⁹⁹ Zob. UNICEF, *What I Should Know About ‘the Code’: A Guide to Implementation, compliance and Identifying Violations*, 2023, <https://globalbreastfeedingcollective.org/media/2121/file> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁰ Zob. WHO, *The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked...*, j.w.

²⁰¹ Zob. IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Worker...*, j.w.



„Pamiętam kiedyś taką sytuację z oddziałową [nazwa szpitala], bo rodzice dostawali wypisy i dokumenty w takich kartonowych teczuszkach [nazwy dwóch marek mieszanek], a chciałam, żeby to zmieniono na przykład na [marka producenta pieluch]. Chciałam, żeby po prostu porozmawiali z innym konsultantem, co by teczuszki inne dał, czy kartki na łóżeczka. To tylko było przewracanie oczami »Nie przesadzaj, nie przesadzaj, już nie wymyślaj«. Wiadomo, że to musi odgórnie ktoś zdecydować, więc nasze zdanie tam w tej kwestii było krytykowane, że »Ale wymyśla. Boże, jaka nawiedzona«. To już jest tak silny marketing, że oni muszą tę kartkę włożyć do łóżeczka. Nikt inny im nie przyniesie, a tamci im zawsze dadzą, to oni wezmą, bo są ładne, różowe i niebieskie, więc będą brać”. (P4)

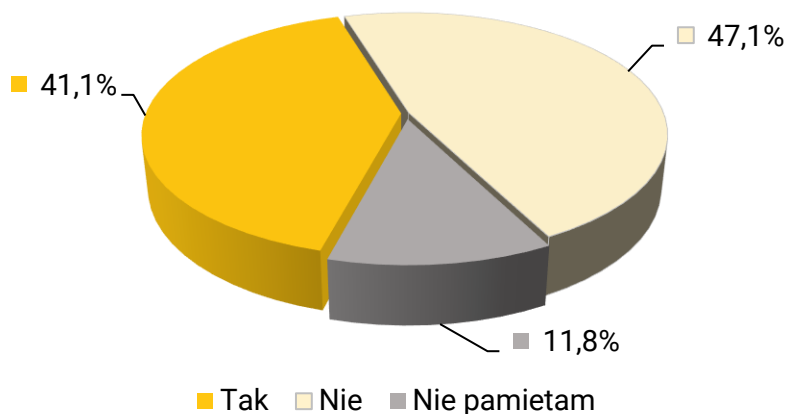
Powyższe przykłady naruszają zapisy Kodeksu WHO, natomiast ich ocena prawna zależy od rodzaju promowanego produktu, o czym wspomniano już w podrozdziale 2.3. *Ochrona kobiet w ciąży, matek i dzieci przed wpływami komercyjnymi*. Zaznaczyć jednak należy, że w praktyce nie ma większego znaczenia, czy reklamowany produkt jest preparatem do początkowego żywienia niemowląt (mlekiem początkowym) – osoba zapamiętuje bowiem dany produkt, jego logo, szatę graficzną i z dużą dozą prawdopodobieństwa sięgnie właśnie po produkt tej firmy. Wszystkie preparaty mlekozastępcze konkretnego producenta są do siebie celowo podobne, co ma efekt reklamowy (tak działa technika marketingowa zwana *cross-promotion*). Także nazwa, czy logo producenta są de facto elementem promocyjnym (nośnikami reklamy), budują świadomość marki i lojalność do marki. Brak zakazów marketingowych w stosunku do wszystkich (zamiast do jedynie niektórych) produktów objętych zakresem Kodeksu WHO w prawie polskim stanowi więc istotną lukę i w praktyce niweczy cel ochronny regulacji krajowej.

Przyjrzałyśmy się również temu, co kobiety otrzymują w szpitalach. Aż 41,1% kobiet otrzymało w szpitalu materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka. Natomiast 47,1% wskazało, że nie otrzymało ww. materiałów, zaś 11,8% nie pamiętało czy takowe otrzymało (Ryc. 3.23.).

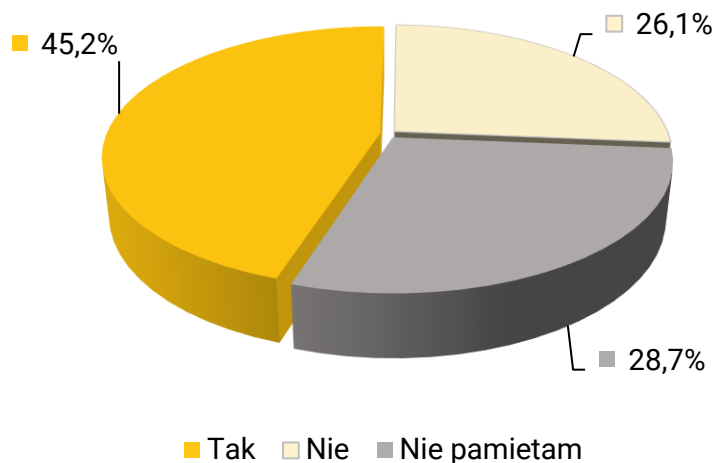


Kobiety, które otrzymały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka, odpowiadały na pytanie, czy te materiały dotyczyły mieszanek. Spośród nich 45,2% odpowiedziało, że tak, 26,1%, że nie, a 28,7% że nie pamiętało (Ryc. 3.24.).

Te same respondentki odpowiadały na pytanie, czy to, co otrzymały, zawierało akcesoria takie jak butelki/smoczek. Tu 28,1% kobiet otrzymało takie akcesoria, 61,3% odpowiedziało, że nie, a 10,6% nie pamięta, czy takie akcesoria składały się na to co otrzymały (Ryc. 3.25.).

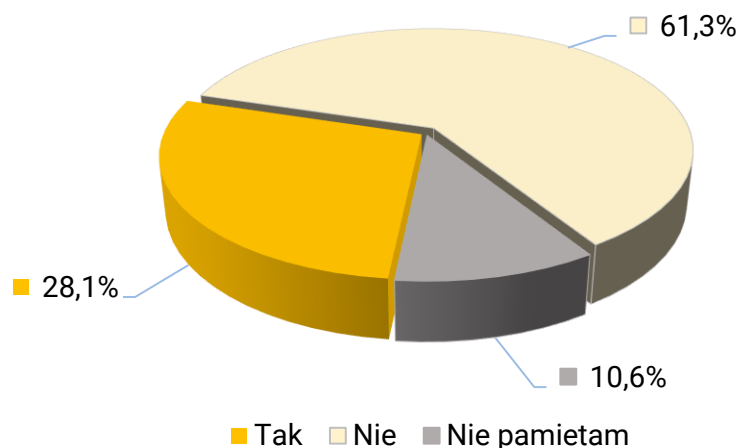


Ryc. 3.23. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w szpitalu otrzymałaś materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2476)



Ryc. 3.24. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy wśród otrzymanych w szpitalu materiałów edukacyjnych znalazły się materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=1018)





Ryc. 3.25. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy wśród otrzymanych w szpitalu materiałów edukacyjnych znalazły się akcesoria takie jak butelki/smoczek?” (% , N=1018)

Kobiety, które zaznaczały w ankiecie, że otrzymały materiały reklamowe, ulotki dotyczące mieszanek zostały poproszone o podanie przykładów tych produktów.

„[Nazwa] pudełko. Przydatność niewielka, smoczek wyrzuciłam, materiały dotyczące mieszanek również”. (A405)

“Była z pewnością rozpiska co do karmienia na żądanie, rozszerzania diety po 6 miesiącu i cała masa ulotek różnej treści, które szybko wyrzuciłam, bo były reklamą producentów mieszanek lub leków”. (A1386)

“Ulotki leżały dostępne przy pokoju położnych. Dodatkowo przy wypisie można było otrzymać [nazwa] pudełko i chyba pudełko [marka mieszanki], ale już nie pamiętam dokładnie jak się nazywało, ;) dla mnie średnio przydatne. Więcej reklamówek mleka



modyfikowanego niż informacji odnośnie do karmienia piersią. Choć wszędzie było napisane, że karmienie piersią jest najważniejsze”. (A1158)

„Wszystkie kobiety po porodzie otrzymywały paczki z ulotkami, były tam ulotki, jeśli dobrze pamiętam, od [marka mieszanki] na temat karmienia niemowląt, ale zalecały w pierwszych 6-ciu miesiącach życia karmienie wyłącznie piersią”. (A1755)

„[nazwa pudełka], każda mama je dostawała. Książeczki, napisy miesiący, smoczek. Sporo gadżetów. I nazwa mleka modyfikowanego [nazwa marki] wszędzie”. (A563)

„Otrzymałam przy wyjściu w pakiecie, jakieś pudełko. Nie pamiętam, co tam było, bo to też mnie nie interesowało. Próbek mieszanek nie było, ale jakieś broszury informacyjne, butelki i smoczki do karmienia. Szczególnie mieszanki mnie nie interesowały, a butelki i smoczki dobierałam pod kątem, żeby móc wrócić do karmienia, więc tutaj nawet nie spojrzałam co to jest. Wystawiłam na grupie »Oddam [nazwa miejscowości] mamom«. Nie zwracałam na to uwagi, bo to nie był temat, który mnie interesował. Dostałam to dostałam, trudno. Pytałam, czy mogę to zostawić komuś, kto będzie bardziej potrzebował. To odpowiedziano, że nie bardzo, bo każdy to dostaje, więc zabrałam”. (K30)



Otrzymane przez kobiety pakiety/pudełka zawierały często próbki mieszanek:

„Otrzymałam paczkę dla matki z ulotkami, butelką, smoczkiem i próbką mieszanki, próbką proszku, balsamu”. (A1122)

„Pudełko z akcesoriami do karmienia i pielęgnacji dziecka. Próbki kosmetyków, smoczek, gotowa mieszanka [nazwa firmy]”. (A535)

„Otrzymałam [nazwa pudełka] w sekretariacie. Były tam produkty i broszury marki [marka mieszanki], była próbka mleka. Myślę, że na pewno miło otrzymać jakiś tam upominek ze strony szpitala. Tej próbeczki [nazwa mieszanki] do dzisiaj nie wykorzystałam, bo nie ma takiej potrzeby, ale cała reszta jak najbardziej na plus. Były też [nazwa preparatu na bazie słodku jęczmiennego], woda dla mamy, oczywiście broszury odnośnie do powrotu do formy, żywienie podczas karmienia piersią po porodzie, i materiały takiego wsparcia powiedzmy psychologicznego, żeby nie przejmować się rzeczami typu, że dom nie jest ogarnięty, tylko właśnie poświęcić sobie ten czas połogu na dotarcie się z dzieckiem”. (K6)

„Ulotki na temat butelek smoczków i różnych akcesoriów dla dzieci, a także próbka mleka modyfikowanego”. (A1295)

Znajdowała się w nich także żywność uzupełniająca, w tym objęta Kodeksem WHO żywność dla niemowląt poniżej 6. m.ż. (natomiast komercyjna żywność uzupełniająca dla dzieci powyżej 6. m.ż. jest objęta zakresem Wytycznych WHO z 2016 r. i również ona nie powinna być rozdawana matkom w placówkach ochrony zdrowia).



„[Nazwa] pudełko przyniosła położna dyżurująca na oddziale. W nim były pieluchy, słoiczek [nazwa marki], butelka ze smoczkiem z [nazwa firmy], książeczka do czytania i ulotki różnych marek produkujących mieszanki”. (A1039)

„Był to tzw. pakiet powitalny, który po porodzie otrzymywała każda pacjentka. Były tam m.in. smoczek, kaszka dla dziecka po 4 miesiącu życia, broszury i ulotki, których treści już nie pamiętam”. (A413)

A także były w nich butelki i smoczki do karmienia.

“Butelka [nazwa firmy], pielęgniarka zaznaczyła, że jako personel są bardzo pro karmieniu piersią, ale rozdają i oby nie była potrzebna”. (A726)

“Położna przekazała mi mleko modyfikowane, butelki i smoczki do dokarmiania dziecka oraz zestaw personalny do laktatora. I zasugerowała kupno nakładek na brodawki, by pomoc dziecku się przyłożyć”. (A1383)

“Mleko [nazwa marki], butelka i smoczek [nazwa marki]. Dała mi je pani przy wypisie ze szpitala”. (A1520)

Wymienione wyżej, otrzymane w szpitalu przez matki, materiały promujące sztuczne mieszanki i produkty/gadżety z nimi związane, w tym próbki mieszanek oraz butelki do karmienia i smoczki do nich, naruszają zapisy Kodeksu WHO wraz z Wytocznymi WHO



z 2016 r. Ściśle rzecz biorąc nie dotyczy to smoczków-uspokajaczy, ponieważ jak już wskazano w podrozdziale 2.3., nie wchodzą one w zakres Kodeksu WHO, jednak państwa są zachęcane do objęcia ich swoją regulacją krajową, ponieważ produkty te mogą szkodzić karmieniu piersią, zwłaszcza na początkowym etapie laktacji. Nawet S000 zaleca niestosowanie w okresie stabilizowania się laktacji smoczków w celu uspokajania noworodka (S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 3., pkt 7.), tym bardziej produkty te nie powinny być rozdawane kobietom. Zakresem Kodeksu WHO nie są objęte także wymienione w ankietach produkty takie jak suplementy dla kobiet karmiących piersią (zob. wypowiedź K6, cytowana powyżej oraz uwagi w podrozdziale 2.3.).

Ocena prawna powyższych przykładów zależy od rodzaju materiału/produktu, a czasem również od treści materiału (ulotki, broszury, etc.), na co już wcześniej zwrócono uwagę. Niewątpliwie jednak jako naruszenie przepisów (zarówno prawa żywnościowego, jak i S000) należy zakwalifikować przekazywanie kobietom w paczkach/pudełkach upominkowych butelek do karmienia niemowląt i smoczków do nich. W przypadku mieszanek i ich próbek naruszeniem przepisów byłoby przekazywanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt, czego jednak nie można ustalić na podstawie ankiet (nie wiadomo, jakie mieszanki były w paczkach). Natomiast nie stanowi naruszenia przepisów rozdawanie żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci, w tym jej próbek (nie ma takiego zakazu). Przepisy dotyczące żywności uzupełniającej nie zawierają również wymogów wskazanych w Wytycznych WHO z 2016 r. dotyczących marketingu tej żywności, poza wymogiem w zakresie oznakowania/etykietowania dotyczącym wskazania wieku dziecka, od którego produkt może być stosowany. Jest on jednak niezgodny z Wytycznymi WHO z 2016 r., jak również z zaleceniami WHO dotyczącymi okresu wyłącznego karmienia piersią (według przepisów prawa żywnościowego podany wiek dziecka nie może być niższy niż ukończone 4. m.ż.)²⁰². Jest to kolejny, istotny deficyt regulacji polskiej (i unijnej), wpływający nie tylko na etykietowanie tej kategorii żywności, ale także na jej reklamę i informację o niej, co znajduje potwierdzenie w wynikach raportu (zob. szerzej podrozdział 4.4. raportu).

Część kobiet cieszyło się z otrzymanych paczek. Jak mówiły niektóre z nich, miło jest coś otrzymać. Producenci wielu produktów dla niemowląt wykorzystują tę potrzebę, dostarczając

²⁰² Szerzej zob.: Koronkiewicz-Wiórek A., *Deficyty obowiązującej w prawie polskim regulacji w zakresie reklamy i innych technik marketingowych dotyczących produktów relevantnych dla ochrony karmienia piersią, ze szczególnym uwzględnieniem preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Zarys problematyki*, w: *Przegląd Prawa i Administracji*, Frąckowiak J.(red.), tom CXII, Wrocław 2018, s. 79-101, <https://wuwr.pl/ppa/article/view/7690> [dostęp: 30.11.2023]



do szpitali produkty i materiały reklamowe, wiedząc dobrze, że jest to skuteczna taktyka marketingowa. Przekazujący paczki personel medyczny staje się narzędziem w ręku firm, uczestnicząc w promowaniu ich produktów. W przypadku materiałów, w tym produktów dostarczonych przez firmy objęte Kodeksem WHO szkodzi to karmieniu piersią. Z badań m.in. wynika, że przekazywanie kobietom w szpitalu paczek upominkowych zawierających mieszanki lub ich próbki wpływa negatywnie na wyłączność karmienia piersią^{203, 204}.

W kontekście powyższego warto zwrócić uwagę, że możliwe są paczki upominkowe (wyprawki), które nie mają na celu promowania produktów objętych zakresem Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. i które nie są wręczane za pośrednictwem szpitali. Na przykład w Finlandii kobiety otrzymują finansowaną ze środków publicznych paczkę, która zawiera takie przedmioty jak: szczotka, nożyczki, termometr do kąpiel, pieluszki wielorazowe, podkład, ubranka dla dziecka (body, spodenki, czapeczka, kombinezon), kocyk, kołderka, podpaski, krem na poranione sutki, wkładki laktacyjne wielorazowego użytku, pudełko. Nie trzeba niczego podpisywać ani zostawiać swoich danych osobowych. Choć rodzice mają do wyboru ekwiwalent pieniężny zamiast paczki, to nadal wielu z nich wybiera właśnie taką wyprawkę²⁰⁵. W Polsce podobne wyprawki wolne od działań marketingowych przekazują samorządy, np. Miasto Poznań. W wyprawce znajdują się: ubranko dziecięce, kocyk, czapka, skarpetki, karty sensoryczne, karton biodegradowalny. Nadruki na gadżetach symbolizują Poznań (rogalik, koziołki)²⁰⁶. Kolejnym przykładem jest Wyprawka Wrocławska: „Motywem przewodnim całej Wyprawki jest krasnal wrocławski, który pojawia się na materiałach tekstylnych i graficznych. W Wyprawce znajdują się: body, maskotka w kształcie krasnala, kocyk, książeczka »Wrocławski Abecadlik«²⁰⁷, Wrocławski Informator Rodzinny, Cyfrowy Elementarz”, a także gratulacje od prezydenta miasta i materiały promocyjne o Wrocławiu. To pozytywne przykłady, niestety przekazywanie tego typu paczek jest wyjątkiem. Nie ma przepisów regulujących wręczanie takich podarunków.

²⁰³ Zob. Rosenberg K.D., Eastham C.A., Kasehagen L.J., Sandoval A.P., *Marketing Infant Formula Through Hospitals: the Impact of Commercial Hospital Discharge Packs on Breastfeeding*, American Journal of Public Health 2008, 98(2): 290–295, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.103218> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁴ Zob. Piwoz E.G., Huffman S.L., *The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices*, Food and Nutrition Bulletin 2015, 36(4):373-86, <https://doi.org/10.1177/0379572115602174> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁵ <https://www.kela.fi/maternity-package-2023#baby-care-items> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁶ <https://www.poznan.pl/wyprawkadlagzubka/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁷ <https://wcrs.wroclaw.pl/wyprawkawroclawska/> [dostęp: 30.11.2023]



Zdarza się, że szpitale pośredniczą w udostępnianiu danych osobowych pacjentek firmom komercyjnym:

„Jedna z położnych przyniosła pudełko, które nosiło nazwę [nazwa]. Trzeba było przed tym uzupełnić ankietę, aby dostać materiały edukacyjne. Jeśli chodzi o materiały dotyczące karmienia na pewno były ulotki mieszanek, butelka [nazwa marki], smoczek od 0 do 2 miesięcy, ale nie pamiętam jakiej firmy”. (A1034)

„Pamiętam, że w [nazwa szpitala] pacjentki krytkowały czemu u nas nie ma pudełek, a w [nazwa innego szpitala] są te pudełeczka. Ja wiedziałam, jak to wygląda, że to jest po prostu sprzedawanie, oddawanie swoich danych osobowych w celu dalszego rozpowszechniania, więc ja w ogóle tego nie wypełniłam i nie zaglądałam do tych pudełek”. (P10)





Problem!

Zdarza się, że kobiety w szpitalach otrzymują od personelu materiały reklamowe, marketingowe dot. mieszanek, co stanowi naruszenie Kodeksu WHO, a może także naruszać prawo polskie. Prawie połowa z przekazywanych materiałów/przedmiotów dotyczy mieszanek (w tym zdarzają się próbki mieszanek) oraz prawie jedna trzecia zawiera butelki/smoczek (odpowiednio 45,2% i 28,1% spośród wręczonych materiałów/przedmiotów dotyczących karmienia lub służących do karmienia).

Przekazywanie matkom w paczkach/pudełkach upominkowych butelek do karmienia niemowląt i smoczków do nich narusza przepisy prawa żywnościowego i SOOO. To samo dotyczy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i ich próbek, jeżeli produkty te były umieszczone w paczkach upominkowych. Zdarza się, że szpitale pośredniczą w udostępnianiu danych osobowych pacjentek firmom komercyjnym (wypełniane przez kobiety ankiety są zbierane przez personel i przekazywane dalej), które to dane są wykorzystywane do nawiązywania kontaktu przez przedstawicieli handlowych z kobietami w przyszłości, na przykład w celu przesyłania próbek mieszanek. Prowadzi to do naruszenia Kodeksu WHO, który wyraźnie zakazuje firmom kontaktu z matkami. W przepisach polskich wdrażających zapisy Kodeksu nie ma takiego zakazu.

