

6. OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ W OKRESIE LAKTACJI

Kobieta karmiąca piersią, jak każda inna kobieta może borykać się z dolegliwościami natury fizycznej i psychicznej, a co za tym idzie, może potrzebować pomocy medycznej. Niniejszy dział jest poświęcony zagadnieniom związanym z opieką medyczną nad kobietami będącymi w okresie laktacji. W tym przypadku nie rozróżniałyśmy opieki medycznej świadczonej w ramach NFZ i prywatnej opieki medycznej. Natomiast zgodnie ze stanowiskiem NFZ:

“Wyraźnie należy podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie uzależnia prawa do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia od stanu fizjologicznego pacjentki, m.in. laktacji”²³⁶.

W części ankiety poświęconej opiece medycznej nad kobietą karmiącą zapytałyśmy kobiety o to, czy leczyły się w okresie, gdy karmiły dziecko piersią lub swoim mlekiem i 36,1% z nich potwierdziło, że tak. W dalszej części rozdziału będziemy analizować odpowiedzi, dla których padła taka deklaracja (N=904).

Pacjentka w trakcie laktacji powinna być traktowana jak każda inna pacjentka, czyli indywidualnie i zgodnie aktualną wiedzą medyczną, która w tym przypadku będzie dotyczyć chociażby takich zagadnień jak:

- fizjologia laktacji i korzyści zdrowotne dla matki i dziecka związane z karmieniem piersią lub mlekiem matki,
- bezpieczeństwo i wpływ stosowania terapii przez matkę na dziecko karmione piersią.

²³⁶ Korespondencja własna z NFZ – Centrala w Warszawie w ramach dostępu do informacji publicznej



“Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”.

(rozdz. 2. art. 6. 1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

“Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. (art. 4. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – Dz. U. 2017 poz.125. z późn. zm.)

Szczególnie, że wg Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien kierować się przede wszystkim dobrem osoby, która zgłosi się do niego po pomoc.

„1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”.

(art. 2. Kodeksu Etyki Lekarskiej)



Biorąc pod uwagę długofalowe korzyści zdrowotne z karmienia piersią zarówno dla matki jak i dziecka, o których wielokrotnie pisaliśmy:



Zachowanie możliwości karmienia piersią lub mlekiem matki podczas terapii pacjentki powinno być priorytetem, gdyż jest to element dbałości o zdrowie jej i dziecka. Podczas formułowania zaleceń nie można pominąć ryzyka dla matki i dziecka związanego z zakończeniem karmienia piersią.

Wobec powyższego zasadnym jest postawienie następujących pytań:

- Jaka była postawa lekarzy zajmujących się zdrowiem matki wobec karmienia piersią?
- Czy kobiety w razie trudności zdrowotnych otrzymywały zalecenia zgodne z najnowszą wiedzą?
- Czy kiedykolwiek zalecono odstawienie dziecka od piersi bez wskazań medycznych?
- Czy kiedykolwiek odmówiono kobiecie świadczenia lub wypisania recepty ze względu na fakt karmienia piersią?
- Jak dbano o zdrowie psychiczne kobiet, które ma pośredni wpływ na karmienie piersią?

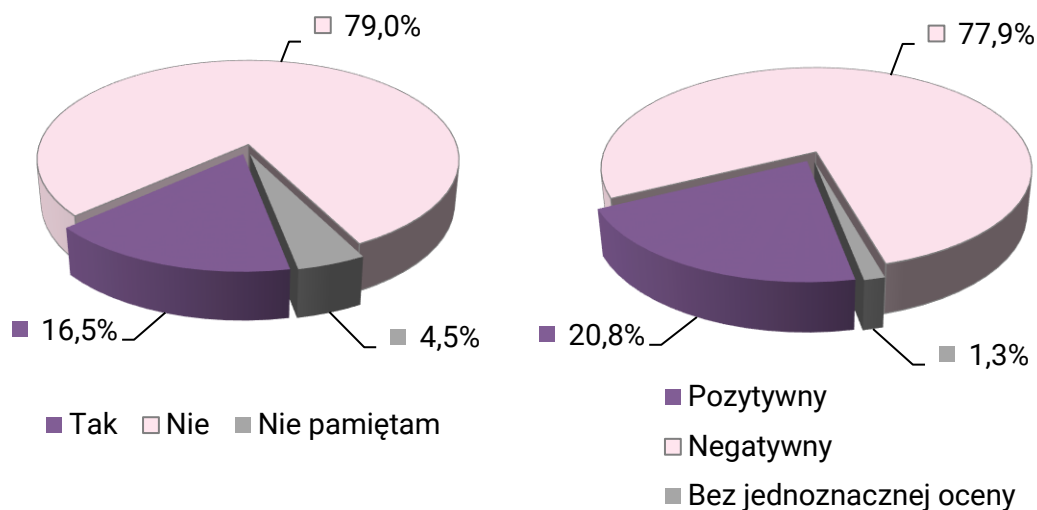
6.1. POSTAWA WOBEC KARMIENIA PIERSIĄ

Zapytałyśmy kobiety o to, czy lekarze komentowali fakt, że kobieta karmi dziecko piersią i/lub swoim mlekiem lub odnosili się do długości, sposobu karmienia, zarówno w odniesieniu do lekarzy specjalistów, jak lekarzy rodzinnych/internistów. Następnie kobiety, które wskazały, że usłyszały takie komentarze odpowiadały na pytanie otwarte o to, co mówił dany lekarz. Przeanalizowałyśmy te opisowe odpowiedzi pod kątem charakteru danego komentarza. Otrzymałyśmy odpowiedzi o charakterze:



- pozytywnym - promującym karmienie piersią, edukującym i wspierającym,
- negatywnym - deprymującym zasadność karmienia piersią, powielającym mity, opierającym się na osobistych przekonaniach, a nie na wiedzy naukowej, wprowadzającym w błąd,
- bez jednoznacznej oceny – gdy komentarz był zbyt krótki, ogólny, na podstawie, którego nie można było jednoznacznie ocenić charakteru odpowiedzi.

Komentarz od lekarza rodzinnego/internisty na temat karmienia dziecka piersią i/lub mlekiem matki lub który odnosił się do długości, sposobu karmienia usłyszało 16,5% kobiet leczących się w okresie laktacji. Następnie 79,0% takiego komentarza nie usłyszało, zaś 4,5% tego faktu nie pamięta (Ryc. 6.1. po lewej). Spośród kobiet, które usłyszały komentarz w 20,8% przypadków był to komentarz o charakterze pozytywnym, zaś w 77,9% o charakterze negatywnym. W 1,3% przypadków nie sposób ocenić charakteru komentarza (Ryc. 6.1. po prawej).



Ryc. 6.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy kiedykolwiek lekarz rodzinny/internista z Twojej przychodni POZ komentował fakt, że karmisz dziecko piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił się do długości, sposobu karmienia?” (%; N=904), po prawej charakter komentarza lekarza rodzinnego/internisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz rodzinny/internista z Twojej przychodni POZ?” (N=149)



Szczególna relacja powinna łączyć pacjentkę z lekarzem rodzinnym/internistą pracującym w przychodni POZ. To lekarz, który z założenia powinien znać pacjenta i otoczyć go opieką całościowo, w szczególności uwzględniając edukację zdrowotną i działania profilaktyczne²³⁷ i informując o ryzyku wynikającym z postaw antyzdrowotnych. To właśnie lekarz pierwszego kontaktu powinien mówić kobiecie, jakie korzyści zdrowotne z karmienia piersią płyną dla matki i jej dziecka. Niestety, na podstawie cytatów z ankiety można wywnioskować, że często nie dość, że interniści nie zachęcają do karmienia, to jeszcze zachęcają do odstawienia.

„Usłyszałam, że »O już ma rok, to może już wystarczy, przecież się nie najada«. Powiedziałam, że przecież je inne rzeczy już, że to nie jest główne jedzenie, ale nie wchodziłam w dyskusję, bo po co? To nie ja jestem tu lekarzem i generalnie mam tak, że nie lubię się kopać z koniem. Po prostu wiem, że opinia wśród lekarzy jest taka, że rok to już naprawdę dość, więc przytaknęłam. Natomiast to wynika z braku edukacji po prostu, z braku wiedzy w tym zakresie”. (K30)

„Karmię synka od 4.5 roku, w tym 3 lata w tandemie. Niestety, od ukończenia przez dzieci 12 miesięcy lekarze (zarówno interniści, pediatrzy jak i innych specjalizacji) stukają się w głowę, że ile można karmić dziecko, że chyba już czas najwyższy skończyć. Planuję karmić do samoodstawienia, więc wszelkie komentarze ignoruję, ale wiem, że mniej zdeterminowane kobiety mogą ulec sugestii”. (A1512)

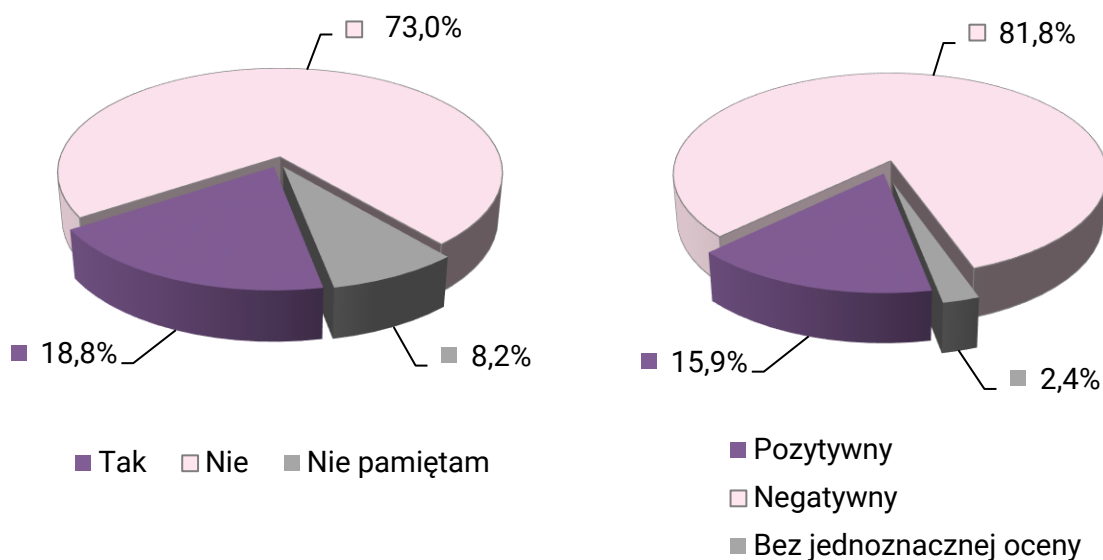
²³⁷ załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej



“Jedna lekarka poz przy każdej wizycie jęczała, że to niezdrowe i dla mnie i dla dziecka. Zawsze kończyłam tę rozmowę tym, że szczęśliwie dla nas, to ja karmię nie ona 😊”.

(wiek dziecka: od 1 roku (włącznie) do 1,5 roku, A2142)

Z kolei lekarze specjaliści skomentowali karmienie piersią lub mlekiem matki w 18,8% przypadków, 73,0% kobiet takiego komentarza nie usłyszało, zaś 8,2% kobiet nie pamięta, czy taki komentarz usłyszało (Ryc. 6.2. po lewej). Spośród wypowiedzianych komentarzy 15,9% były to komentarze o charakterze pozytywnym, aż 81,8% z tych komentarzy miało charakter negatywny, a kolejnych 2,4% komentarzy trudno jednoznacznie ocenić (Ryc. 6.2. po prawej).



Ryc. 6.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy kiedykolwiek lekarz specjalista komentował fakt, że karmisz dziecko piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił się do długości, sposobu karmienia?” (% , N=904), po prawej charakter komentarza lekarza specjalisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz specjalista?” (N=170)



Poniżej podajemy przykłady komentarzy negatywnie odnoszących się do karmienia piersią lekarzy specjalistów:

„Do 18 będzie wisiał?”. (chirurg, wiek dziecka: 1,5 roku, A1757)

“Najwyższy czas na butelkę z mieszanką. Ile można karmić piersią?” (dentysta, wiek dziecka: 11 miesięcy, A804)

*„Że mleko jest mało wartościowe po roku”.
(ginekolog, wiek dziecka: 1 rok, A792)*

*„Kto tak długo kazał Pani karmić piersią?!”
(ginekolog, wiek dziecka: 13 miesięcy, A1623)*

„Że w tym wieku dziecka, to nie laktacja, tylko płyn międzykomórkowy”. (ginekolog, wiek dziecka: 2 lata, A1061)

*„Że to już nie przynosi żadnych korzyści dziecku :D. A jak się dowiedział, że odciągam, to dopiero zrobił oczy :)”.
(ortopeda, wiek dziecka: 15 miesięcy, A473)*

*„Że mleko jest bez wartości, a mnie karmienie wyniszcza”.
(ginekolog, wiek dziecka: 1-4 lata, A933)*



„Był wyraźnie zdziwiony, w niemiły sposób pytał po co mi to jest potrzebne i stwierdził, że w tym wieku nie przynosi to już przecież żadnych korzyści”. (ginekolog, wiek dziecka: 2 lata, A1142)

“Ze względu na konieczność wrywania zęba należałoby uznać odstawić dziecko od piersi, również ze względu na powrót do pracy” (dentysta, wiek dziecka: 11 miesięcy, A536)

„Komentował, że to zbyt długo a także, domniemywał (błędnie!), że skoro karmię 1,5 roczne dziecko, to na pewno siedzę z nim w domu i nie pracuję”. (laryngolog, wiek dziecka: 1,5 roku, A1585)

„Że karmię z przyzwyczajenia, i to kwestia psychiki, dziecko ma zęby, może jeść normalne posiłki, i nic już z mleka nie dostanie wartościowego”. (ginekolog, wiek dziecka: 2 lata i 1 miesiąc, A14)

„»Jeszcze Pani karmi?«. Na odpowiedź, że chcę karmić do 2 roku życia, usłyszałam: »Oho, Matka Polka«. Strasznie mnie to po prostu przeraziło. Zatkło mnie. Gdyby mi to koleżanka powiedziała, to może bym się zaśmiała i tylko tyle, ale przeraziło mnie to, że od lekarza można takie słowa usłyszeć. Nie odpowiedziałam. Nie czuję się na tyle kompetentna, żeby pouczać lekarza. Zrobiłam po swojemu, bo wiedziałam, że robię dobrze. Dalej się karmimy, mimo że synuś rok ukończył”. (neurolog, K18)



"Z mężem stwierdziliśmy, że chcemy mieć w miarę szybko drugie dziecko. Nie chciałam dziecka odstawić. Chciałam pójść do lekarza ginekologa, żeby sprawdzić czy w ogóle cokolwiek się dzieje, bo miesiączka mi nie wróciła. I poszłam do lekarza, który miał świetne opinie. On nawet mnie na fotel nie położył. Jak usłyszał, że karmię to mi powiedział »To proszę odstawić, bo jak pani będzie karmić, to pani nie zajdzie w ciążę«. Nawet tej różdżki do USG nie wziął, żeby zobaczyć czy cokolwiek się dzieje. O, i jeszcze to będzie hit. To znaczy to jest traumatyczne, ja się teraz z tego śmieję, ale on w ogóle zaczął mi ścisnąć brodawki, żeby zobaczyć, czy leci mi mleko, bo »Po 1,5 roku to już nic nie leci, to woda. Niech pani spojrz jakie to w ogóle jest«. To mówię hicior. Już więcej do niego nie poszłam i po prostu ta liczba lekarzy, do których ja mogę iść już się bardzo drastycznie skurczyła, bo każdy ma jakieś swoje przewinienia". (K19)

Powyższe komentarze przekraczają granice osobiste kobiet i są obcesowe, a niektóre działania abuzywne (ściskanie brodawki). Wypowiedzi odwołujące się do decyzji związanych z łączeniem przez pacjentkę macierzyństwa, w tym przypadku karmienia piersią, z pracą, wartością jej mleka, są nie na miejscu i uderzają w godność osobistą kobiety. Niektórzy lekarze i dentyści pozwalali sobie również na komentarz dotyczący długości karmienia. Nie leży w gestii lekarza decyzja o odstawieniu dziecka od piersi. Takie wypowiedzi wykraczają poza zakres obowiązków i są niezgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej:

"Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy"
(art. 14. Kodeksu Etyki Lekarskiej)



Zastosowanie mają tu również zapisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

“Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta” (art. 36. ust.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

Niepokojące jest również to, że osoby medyczne komentują kwestię długości karmienia w kontekście właściwości pokarmu kobiecego, do tego w sposób jasno wskazujący, że wiedza, na której się opierają nie jest aktualna. Należy tu podkreślić z całą stanowczością, że wyjątkowość mleka mamy polega przede wszystkim na tym, iż jest to pokarm dostosowany do potrzeb konkretnego dziecka i ma wartość na każdym etapie laktacji. Badania składu mleka kobiet karmiących dłużej niż 12 miesięcy pokazują, iż mleko nie tylko nie traci na wartości, ale jeszcze zyskuje, bowiem jest w nim więcej m.in. tłuszczu i przeciwciał²³⁸, a wartość energetyczna jest wyższa w porównaniu z mlekiem kobiet karmiących krócej^{239, 240}.

Wspominaliśmy już wielokrotnie o aspekcie związanym z profilaktyką zdrowotną wynikającą z karmienia piersią. Warto przypomnieć również o aspekcie społecznym, ekologicznym i gospodarczym karmienia piersią. Według nas obowiązek informowania pacjentek o tych aspektach leży po stronie lekarzy, o czym mówi o tym art. 71 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

²³⁸ Czosnykowska-Łukacja M., Lis-Kuberka J., Królak-Olejnik B., Orczyk-Pawiłowicz M., *Changes in Human Milk Immunoglobulin Profile During Prolonged Lactation*, *Frontiers in Pediatrics* 2020, 8:428, <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00428> [dostęp: 30.11.2023]

²³⁹ Mandel D., Lubetzky R., Dollberg S. i wsp., *Fat and Energy Contents of Expressed Human Breast Milk in Prolonged Lactation*, *Pediatrics* 2005, 116(3):432–435, <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0313> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁰ Sinkiewicz-Darol E., Martysiak-Żurowska D., Puta M., Adamczyk I., Barbarska O., Wesołowska A., Bernatowicz-Łojko U., *Nutrients and Bioactive Components of Human Milk After One Year of Lactation: Implication for Human Milk Banks*, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2022, 74(2):284-291, <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000003298> [dostęp: 30.11.2023]



“Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych”. (art. 71. Kodeksu Etyki Lekarskiej)

U niektórych spośród osób medycznych kontrowersje zdaje się rodzić także aspekt psychoemocjonalny długiego karmienia piersią. Nie ma żadnych naukowych podstaw, by sądzić, że dziecku, które je mleko mamy dłużej niż pół roku, rok, półtora roku itd. dzieje się emocjonalna krzywda, wręcz odwrotnie – to dziecko wraz z pokarmem, dostaje uspokojenie emocji, wyciszenie, więź, ciepło i poczucie bezpieczeństwa.

Badania pokazały nawet, że dzieci karmione piersią w dorosłości osiągały wyższe wyniki testach na inteligencję i osiągały wyższe zarobki²⁴¹. Pomimo tego kobiety usłyszały, że:

“Skomentował, że tak dużych dzieci nie należy karmić piersią, gdyż wyrządza się im krzywdę. Mają problemy z samoakceptacją”.
(lekarz rehabilitant, wiek dziecka: 2,5 roku, A713)

„Że dziecko już ssie tylko dla rozrywki, że nie ma nic wartościowego, że jest to moja i dziecka fanaberia i że może to zaszkodzić mi oraz kolejnej ciąży”. (ginekolog, wiek dziecka: 18 miesięcy, A1567)

²⁴¹ Victoria C.G., Horta B.L., de Mola Ch.L. i wsp., *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*, The Lancet Global Health 2015, 3:e199-e205, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1) [dostęp: 30.11.2023]



„Usłyszałam, że karmimy się tylko rekreacyjnie, moje mleko już nie jest wartościowe, karmienie powyżej 1,5 r może być niebezpieczne dla zdrowia kobiety...” (ginekolog, wiek dziecka: 1 rok, A1900)

„Że »najwyższy czas odzepić bachora od cycka«”.
(chirurg, wiek dziecka: 1,5 roku, A1110)

„11 miesięcy po porodzie na wizycie u ginekologa – nie tego, u którego prowadziłam ciążę – usłyszałam, że to już zdecydowanie za duże dziecko, żeby karmić piersią i żeby nie karmić dłużej niż rok, bo wychowam sobie małego cycka... Brakło mi słów, jak usłyszałam taki komentarz”. (2390)

„Byłam na wizycie z jakąś infekcją. Ginekolog zapytał »Czy karmię?«. Mówię, że tak, że karmię, dziecko miało wówczas 16 miesięcy, no i rzucił: »Czy to nie za duże to dziecko jest? Czy pani nie myślała, żeby go odstawić, bo teraz będzie już trudno, bo to tak tam do roku«. Ale w sumie nie wiem po co był ten jego wywód. Trochę mnie zatkało, jak to mówił. Potem skomentował: »W sumie to jest pani wybór«, więc nie wiem po co on to gadał”. (K1)

„Że patologią jest karmienie tak dużego dziecka i to zaburza relacje, a karmienie jest już dla mnie, bo w mleku nic nie ma.”
(ginekolog, wiek dziecka: 2 lata, A2405)



“Że karmienie piersią dziecka, które ma prawie 2 lata robi mu wielką krzywdę psychiczną i społeczną, że będzie się nieprawidłowo rozwijać, że przez to nie pójdzie do przedszkola ani żłobka i że również nie będzie normalnie jadło.... Ogólnie młoda pani doktor opowiadała takie bzdury, że specjalnie zapisałam sobie jej nazwisko i zamierzam napisać na nią oficjalną skargę do dyrektora szpitala”. (alergolog, wiek dziecka, 2 lata, A1192)

Uwagi krytycznie odnoszące się do długości karmienia kierowane do pacjentek, są osobistymi opiniami i przekonaniem lekarzy i nie powinny mieć miejsca. Nie do pojęcia jest fakt, że wielu specjalistów traktuje mleko matki, jak produkt spożywczy do zastąpienia. Produkty mlekozastępcze mogą ratować życie, ale są żywnością wysokoprzetworzoną i ich skład znacząco różni się od pokarmu kobiecego (na korzyść mleka matki). Decyzja o karmieniu należy do kobiety i nikt nie powinien odbierać jej kompetencji w kwestii decydowania o długości trwania karmienia piersią czy czasie odstawienia dziecka od piersi ani wywierać presji w tych kwestiach. Praca lekarza powinna być oparta o fakty medyczne, a te wskazują na liczne korzyści karmienia piersią, także dla kobiety. Jedna z kobiet tak podsumowała konieczność poszerzania wiedzy przez medyków:

“Brak wiedzy o znaczeniu karmienia naturalnego w życiu społeczeństwa i wśród personelu medycznego jest wprost porażający, do tego niechęć do poszerzania swojej wiedzy, totalna nieznajomość mechanizmu laktacji, jedyny lek na problemy z karmieniem naturalnym to butelka ze sztuczną mieszanką, wciąż żywe mity o braku mleka, wodnistym/niewartościowym mleku, wprost zachęcanie do szybkiego kończenia karmienia piersią, długie karmienie (powyżej roku!) postrzegane jako patologia. Trzeba zacząć to naprawiać u podstaw, na studiach medycznych przekazując rzetelną, obszerną wiedzę o laktacji i znaczeniu karmienia piersią”. (A102)





Droga kobieto!

Zapraszamy Cię do przeczytania dwóch części artykułu Agnieszki Stein pt. „Ile to jest długo?”, o długim karmieniu piersią okiem psycholożki propagującej rodzicielstwo bliskości:

<https://agnieszkastein.pl/ile-to-dlugo/>

<https://agnieszkastein.pl/ile-to-jest-dlugo-cz-ii/>

A oto fragment: „Wydaje mi się to bardzo ważne. Jeśli dorośli są w stanie poczekać, dziecko samo rezygnuje z piersi. Świadomość, że takie sytuacje się zdarzają (i nie są to odosobnione przypadki) zupełnie inaczej porządkuje myślenie o wielu tematach związanych z karmieniem piersią (a także szerzej, w ogóle z relacjami dorosły – dziecko)”.

Są oczywiście przychylni karmieniu piersią lekarze. Ci wspierają kobiety karmiące, zachęcają je i informują o korzyściach płynących z karmienia piersią. Takie wsparcie ze strony lekarza może być niezwykle istotne dla kobiety.

“Lekarka bardzo chwaliła sobie bliskość z tytułu karmienia piersią, zachęcała do jak najdłuższego karmienia”. (endokrynolog, wiek dziecka: 1 miesiąc, A573)

“Że to bardzo dobrze i fajnie, że mała jeszcze chce” A506, (ginekolog, wiek dziecka: 1,5 roku, A506)

“Że to najlepsze, co mogę zrobić zarówno dla dziecka jak i dla mnie”. (onkolog, wiek dziecka: 1 rok, A832)



KARMNIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA



Problem!

W niemal 4 na 5 przypadków komentarze na temat karmienia piersią wypowiedziane przez lekarzy zajmujących się zdrowiem kobiety w trakcie laktacji (81,8% ankietowanych spośród tych, które usłyszały komentarz od lekarza specjalisty), są negatywne, deprymujące wartość karmienia piersią. Zdarza się, że lekarze wyrażają opinie oraz przekonania niezgodne z najnowszą wiedzą medyczną (często w sposób obcesowy). Komentarze te w szczególności krytykują długie karmienie piersią i wartość mleka matki. Takie działanie stanowi świadomą lub nieświadomą próbę manipulowania kobietą w kierunku odstawienia dziecka od piersi.

6.2. WDRAŻANIE LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO, TERAPII I ZLECANIE BADAŃ

Wiemy już, że zdarzało się zalecanie kobietom odstawienia dziecka od piersi bez jakiegokolwiek związku z procesem diagnostycznym i leczniczym. Czy jednak lekarz, nawet jeśli widzi wskazania do zastosowania danej terapii może zalecić odstawienie dziecka od piersi lub odmówić świadczenia medycznego/badania czy wypisania recepty ze względu na fakt, że kobieta karmi piersią?

Bardzo istotnym aspektem opieki medycznej jest informowanie osoby leczonej o możliwościach, sposobie działania leków/terapii i ewentualnych skutkach ubocznych oraz ryzyku ich zażywania/stosowania. W kontekście karmienia piersią jest to bardzo istotne, gdyż dotyczy pary matka i dziecko (a nawet dzieci). Z jednej strony istotne jest zachowanie karmienia piersią, ze względu na długotrwałe korzyści dla matki i dziecka, a z drugiej strony



zapobieganie wystąpieniu działań niepożądanych u niemowlęcia w wyniku przenikania leków do mleka matki. Podstawowa zasada przepisywania leków matkom karmiącym piersią opiera się na ocenie stosunku korzyści do ryzyka. Jeśli to możliwe, należy rozważyć zastosowanie leku, który został już przebadany, w niewielkim stopniu przenika do mleka matki i nie stwarza widocznego ryzyka dla zdrowia dziecka, nie zaburza procesu laktacji i nie wpłynie na zdolność do karmienia piersią²⁴². Ważna jest umiejętność pozyskiwania najnowszej wiedzy o farmakoterapii w okresie laktacji i znajomość źródeł, z których można korzystać. Okazuje się, że jeśli pracownicy ochrony zdrowia przy formułowaniu zaleceń dotyczących bezpieczeństwa leczenia pacjentek korzystają z przestarzałych źródeł, może to skutkować tym, że wielu kobietom zostanie wydane niewłaściwe, nieadekwatne zalecenie zaprzestania karmienia piersią, zwiększając w ten sposób potencjalne ryzyko dla nich samych i ich dzieci²⁴³. Korzystanie z ulotki leku jest częste wśród medyków, mimo, że nie jest to dokument przeznaczony dla personelu medycznego i nie powinien być głównym źródłem informacji o leku. Charakterystyka Produktu Leczniczego (ChPL), która powinna zapewnić pełną informację o leku, ma wprowadzić zastosowanie w kwestii oceny wskazań czy toksyczności leku, ale w większości przypadków nie zapewnia aktualnej informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leku w okresie laktacji, ponieważ producent jest zwolniony z prowadzenia badań w tej grupie pacjentek (takie badania są kosztowne i trudne do przeprowadzenia). W związku z brakiem prowadzenia badań przez podmiot odpowiedzialny, wielu producentów asekuracyjnie nie zaleca karmienia piersią podczas stosowania danego leku. To jednak nie zmienia faktu, że takie badania mogą istnieć i jest ich coraz więcej, gdyż dostrzegana jest korzyść z kontynuowania karmienia piersią przy jednoczesnym wdrożeniu leczenia. „Według Amerykańskiej Akademii Pediatrii, w zdecydowanej większości przypadków, ryzyko podania dziecku mleka modyfikowanego przewyższa ryzyko związane z kontynuacją karmienia mlekiem, w którym znajduje się niewielka ilość leku”²⁴⁴. Można uznać, iż w sytuacjach tego wymagających, lekarz może zalecić lek poza wskazaniami ChPL, czyli „off label”. Żeby to zrobić, musi zdobyć wiedzę na temat bezpieczeństwa stosowania leku w okresie laktacji (czyli jakie jest ryzyko dla karmienia piersią, dla procesu laktacji i dla dziecka), a w szczególności na temat ostatecznej dawki leku, jaka będzie dla malucha dostępna w mleku oraz czy ta dawka będzie miała znaczenie kliniczne.

²⁴² Chaves R.G., Lamounier J.A., *Uso de medicamentos durante a lactação*, *Jornal de Pediatria* 2004, 80 (5 suppl), <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700011> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴³ Akus M., Bartick M., *Lactation safety recommendations and reliability compared in 10 medication resources*. *Ann Pharmacother* 2007, 41(9):1352-60, <https://doi.org/10.1345/aph.1k052> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁴ Chrustek A., *Karmienie piersią a przyjmowanie leków – czy to jest bezpieczne?*, 2021, <https://malysak.pl/karmienie-piersia-a-przyjmowanie-lekow-czy-to-jest-bezpieczne/> [dostęp: 30.11.2023]



Tak opowiedziała o tym farmaceutka, która jest ekspertką w temacie bezpieczeństwa stosowania leków w okresie laktacji – Karolina Morze, a która udzieliła nam wywiadu:

„Żeby móc zgodnie z najnowszym stanem wiedzy rzetelnie podejść do tematu doboru leku dla kobiety karmiącej piersią, trzeba mieć wiedzę na temat fizjologii laktacji, rozumieć jakie są losy leku w organizmie mamy, jak wygląda przenikanie do mleka i jaka dawka jest dostępna dla dziecka, a także pamiętać o tym, że lek z mlekiem mamy traktujemy jako substancję podaną dziecku drogą doustną. Trzeba umieć ocenić, jak ta ilość leku dostępna dla dziecka z mlekiem będzie wpływała na jego organizm – czy będzie miała znaczenie kliniczne. To jest coś czego w swoim toku kształcenia musiałam nauczyć sama. Z oceną bezpieczeństwa terapii w okresie karmienia piersią nie jest tak, że to jest wiedza, której nigdzie nie ma, bo jest kilku specjalistów na świecie, którzy piszą i mówią o tym, jak to robić, wskazują jakie rzeczy są ważne. To też jest wiedza, którą można znaleźć w podręcznikach, które są na studiach, tylko trzeba się tym głębiej zainteresować. Z dotychczasowego mojego doświadczenia w pracy z osobami karmiącymi piersią i z pracy dydaktycznej ze studentami studiów podyplomowych, z pracy szkoleniowej z moimi kursantami – lekarzami, położnymi i farmaceutami wynika, że na studiach nadal jest bardzo mało informacji na temat leków w laktacji i w ogóle o karmieniu piersią. Chyba, że ktoś robi specjalizację na przykład w neonatologii, wtedy jest trochę więcej, ale nadal – zbyt mało, żeby medycy czuli się pewnie w tym temacie. Miałam na studiach czterogodzinny blok poświęcony ciąży i laktacji, były połączone te oba stany fizjologiczne. To było zdecydowanie za mało, żeby cokolwiek się nauczyć w tej kwestii w wymiarze praktycznym,



poza tym, że kobieta karmiąca piersią nie powinna chorować, bo to jest problem, bo nic nie można dać, bo wszystko przenika do mleka. Nikt nie wytłumaczył, że tak naprawdę zależy to wszystko od dawki i wielu innych czynników, które można samodzielnie sprawdzić i na tej podstawie udzielić informacji pacjentce. Wiem też, że u innych medyków jest bardzo podobnie, też ten czas jest ograniczony i bardzo często jest łączony razem ze stanem ciąży. Chyba, że znów myślimy o ginekologii i położnictwie, to wtedy może tam być to bardziej zróżnicowane, natomiast na ogólnych studiach nie ma rozgraniczenia. Myślę, że nie ma więcej niż kilka godzin poświęconych na ciążę i laktację". (P6/KM)

Oczywiście temat jest bardzo szeroki i nie wyczerpiemy go w pełni w tym raporcie. Chcemy jednak podkreślić, że, pomimo że zagadnienia związane z farmakokinetyką i farmakodynamiką w powiązaniu z laktacją są omawiane w bardzo ograniczonym zakresie lub nie są omawiane wcale w programach studiów położnych, lekarzy i farmaceutów, to wiedza w tym zakresie jest po prostu konieczna, niezbędna, by kobieta karmiąca mogła być otoczona rzetelną opieką." W niniejszym raporcie wielokrotnie wspominałyśmy o brakach w edukacji w zakresie laktacji i karmienia piersią już na etapie kształcenia studentów. W podrozdziale 4.4. jedna z lekarek (wypowiedź P3) wspomniała o tym, że WHO swoją inicjatywą „Szpital Przyjazny Dziecku” objęło nawet uniwersytety medyczne^{245, 246} i w niektórych krajach funkcjonują takie tzw. „Uniwersytety Przyjazne Dziecku”, co oznacza, że studenci po ukończeniu studiów są przeszkoleni w zakresie tej inicjatywy, a zatem gotowi do wdrażania w placówkach czy to szpitalach, czy przychodniach rejonowych, a nawet aptekach. Ważne jest żeby wykształcenie medyków zapewniało im podstawowe narzędzia

²⁴⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Going Baby Friendly Universities*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/universities/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁶ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *University Guidance Implementing the Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/university-guide-to-the-standards/> [dostęp: 30.11.2023], *Guide to the UNICEF UK Baby Friendly Initiative University Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-University-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



do fachowej pracy ze wszystkimi grupami pacjentów. Matka karmiąc piersią zaspokaja nie tylko potrzeby żywnościowe swojego dziecka, ale również dba o profilaktykę zdrowotną dla dziecka i siebie, o czym w szczególności wspominałyśmy w części raportu *Zdrowie w mleku matki*. W razie braku odpowiedniej wiedzy, na temat bezpieczeństwa danego leku terapii, lekarz może się zwrócić do innej osoby posiadającej kompetencje w tym zakresie:

“1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.

2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi”.

(art. 10. Kodeksu Etyki Lekarskiej)

lub skorzystać z dostępnych powszechnie, aktualnych opracowań i literatury opisującej bezpieczeństwo stosowania leków w okresie laktacji. Ważnym jest, aby źródła, z których będą korzystały, zawierały zawsze datę oraz odniesienie do badania/badań naukowego/ych, na którym się opierają. W dalszej części podamy pewne przykłady. Natomiast należy podkreślić, iż zalecenia lekarskie powinny być zawsze oparte na aktualnej wiedzy medycznej. Lekarz, w którego kompetencjach nie leży laktacja może nie mieć wiedzy, która pozwoliłaby mu na rzetelną ocenę sytuacji. W takich sytuacjach, lekarz winien skonsultować się z osobą o wiedzy kierunkowej, o czym mówi art. 37. Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

„W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”.

(art. 37. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)



Dużą rolę w zakresie edukacji i informowaniu o bezpieczeństwie stosowania leków w laktacji mogą mieć do odegrania farmaceuci, choć również tej grupie konieczne są zmiany w edukacji w omawianym zakresie²⁴⁷.



Droga kobieto!

Wiele rzetelnych i bezpłatnych treści dotyczących farmakoterapii czy leczenia w okresie laktacji znajdziesz na blogu ekspertki w temacie bezpieczeństwa stosowania leków w okresie laktacji:

<https://laktaceuta.pl/blog/>

Autorką bloga jest farmaceutka Karolina Morze, która pisze o swojej działalności tak:

„Biorę udział w interdyscyplinarnych projektach, prowadzę badania, kursy, szkolenia, edukuję, piszę i publikuję, ale to, co jest i zawsze było najważniejsze – pomagam rodzicom podjąć świadome decyzje dotyczące stosowania leków podczas karmienia piersią, w poszanowaniu ich celów laktacyjnych i unikając nieplanowanego i niechcianego odstawienia dziecka od piersi”.

Jednocześnie ważnym aspektem w podejściu do formułowania zaleceń dotyczących zdrowia kobiety karmiącej piersią, jest to, że pacjentka powinna mieć możliwość podjęcia decyzji dotyczącej sposobu leczenia, a rolą lekarza jest poinformowanie o ryzyku czy możliwościach dobrania innego postępowania, a nie wydawanie dyrektywnych nakazów czy zakazów.

²⁴⁷ Byerley E.M., Perryman D.C., Dykhuizen S.N. i wsp., *Breastfeeding and the Pharmacist's Role in Maternal Medication Management: Identifying Barriers and the Need for Continuing Education*, *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics* 2022, 27(2):102–108, <https://doi.org/10.5863/1551-6776-27.2.108> [dostęp: 30.11.2023]



1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”. (art. 13. Kodeksu Etyki Lekarskiej)

Oto co powiedziała w tym temacie cytowana wcześniej farmaceutka:

„Jest sprawa, która jest bardzo trudna i nie dotyczy tylko kobiet karmiących piersią, ale generalnie wszystkich pacjentów. Mam wrażenie, że bardzo często we współpracy z pacjentką karmiącą piersią odbiera się jej kompetencje. Jednym z takich mitów, świadomych czy nieświadomych, jest praca tak, jakbyśmy to my byli decyzyjni – my medycy. Przychodzi pacjentka i potrzebuje czegoś i medyk mówi »Można«, albo »Nie można. Nie może pani tego zastosować, bo karmi pani piersią, bo to zaszkodzi dziecku«. W rzeczywistości rolą medyka nie jest podejmowanie decyzji czy pacjentka będzie stosować lek i karmić, czy nie będzie tego robić, tylko rolą jest udzielenie rzetelnej informacji i to pacjentka decyduje. Gdy uświadomimy sobie jakie mamy ustawowe obowiązki i kompetencje, zauważymy, że ściągą to z nas olbrzymią odpowiedzialność, którą z jakiegoś powodu nałożono na nas na studiach. Bo to pacjent decyduje jakiej on się podda terapii, jakie



leki będzie stosował, czy będzie je w ogóle stosował. Naszą rolą jest udzielać świadczeń, świadczyć usługi na takim poziomie, aby był zgodny z aktualnymi przepisami dotyczącymi naszych zawodów i wspierać proces decyzyjny pacjentki. A bardzo często jest tak, że ktoś inny podejmuje decyzję za pacjentkę. »Przy tym leku nie może pani karmić piersią« kropka». (P6/KM)

Amerykańska Akademia Pediatrii wskazuje, że większość leków jest kompatybilna z karmieniem piersią. Istnieje ograniczona liczba medykamentów, które są przeciwwskazane i zwykle można znaleźć odpowiedni substytut dla nich (również w swoim oświadczeniu AAP podaje źródła informacji, z których można korzystać, np. baza LactMed)^{248, 249, 250}.

Na przykład leki, o których wiadomo, że mają bardzo dużą masę cząsteczkową, wiążą się w znacznym stopniu z białkami lub są szybko metabolizowane, trudniej i w mniejszych ilościach przechodzą do pokarmu (w przeciwieństwie do leków o małej masie cząsteczkowej, słabo wiążących się z białkami oraz rozpuszczalnych w tłuszczach). Często leki stosowane w pediatrii stanowią też niskie ryzyko w okresie laktacji (ponieważ nie osiągają w mleku dawek pediatrycznych, jeśli matka nie przekracza dawek zalecanych dla dorosłych). Ponadto wiek dziecka i jego masa ciała też mają znaczenie - im starsze dziecko i im większa masa ciała, tym ryzyko z ekspozycji na niewielkie ilości leku w mleku spada²⁵¹.

Wobec powyższego, pacjentka nigdy nie powinna zostać postawiona przed wyborem – leczenie albo karmienie piersią. Powinna otrzymać informację i pomoc dostosowaną do jej potrzeb i sytuacji. Warto pamiętać, że nawet jeśli konieczne jest przyjęcie przez kobietę leku lub zastosowanie terapii mającej znane i wysokie ryzyko dla dziecka, to można też zaproponować kroki, które to ryzyko zminimalizują, np. zmiana częstotliwości karmień czy momentu przyjmowania leku (dostosowana do charakterystyki leku, np. czasu

²⁴⁸ 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]

²⁴⁹ Baza LactMed tworzona jest przez amerykańską instytucję rządową National Institutes of Health (NIH) i dostępna jest pod adresem: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁰ Sachs H. Ch. i wsp., *The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics*, American Academy of Pediatrics – Committee on Drugs, Pediatrics 2013, 132(3):e796–e809, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985> [dostęp: 30.11.2023]

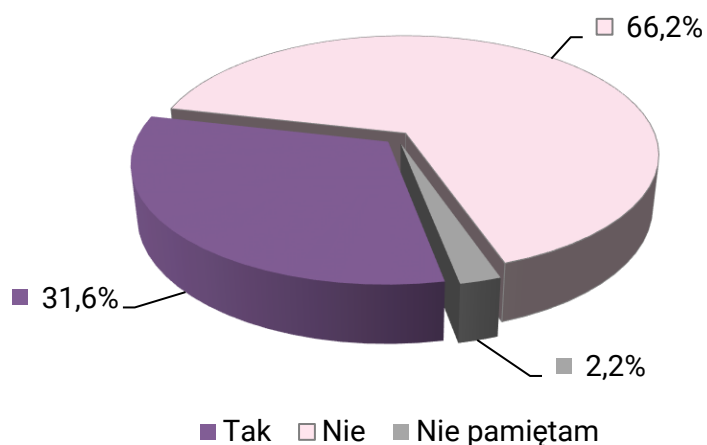
²⁵¹ Hale T.W., *Hale's Medications & Mothers' Milk™*, Springer Publishing Company, New York 2022, NY2020: 928 p, <https://doi.org/10.1891/9780826150356> [dostęp: 30.11.2023]



półtrwania), zmiana formy leku (z postaci o przedłużonym uwalnianiu na postać o szybkim uwalnianiu)²⁵², czy czasowe odciążenie pokarmu (bez podawania dziecku) w celu utrzymania laktacji i powrotu do karmienia piersią po leczeniu, co jest możliwe nawet w przypadku leczenia nowotworów, choć oczywiście zależy to od decyzji matki (ale aby o tym móc zdecydować musi wiedzieć, że jest i taka możliwość, a rolą personelu medycznego jest ją o tym poinformować).

Jak w takim razie kobiety opisywały kontakt z lekarzami zajmującymi się z ich zdrowiem, w kontekście zlecanej im terapii, farmakoterapii czy diagnostyki? Najpierw spójrzmy na statystyki.

Według ankiet 31,6% kobiet usłyszało, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi i/lub zakończenia karmienia piersią od lekarza specjalisty zajmującego się zdrowiem kobiety. Zaś 66,2% takiego zalecenia nie otrzymało, a 2,2% kobiet tego nie pamiętało (Ryc. 6.3.).

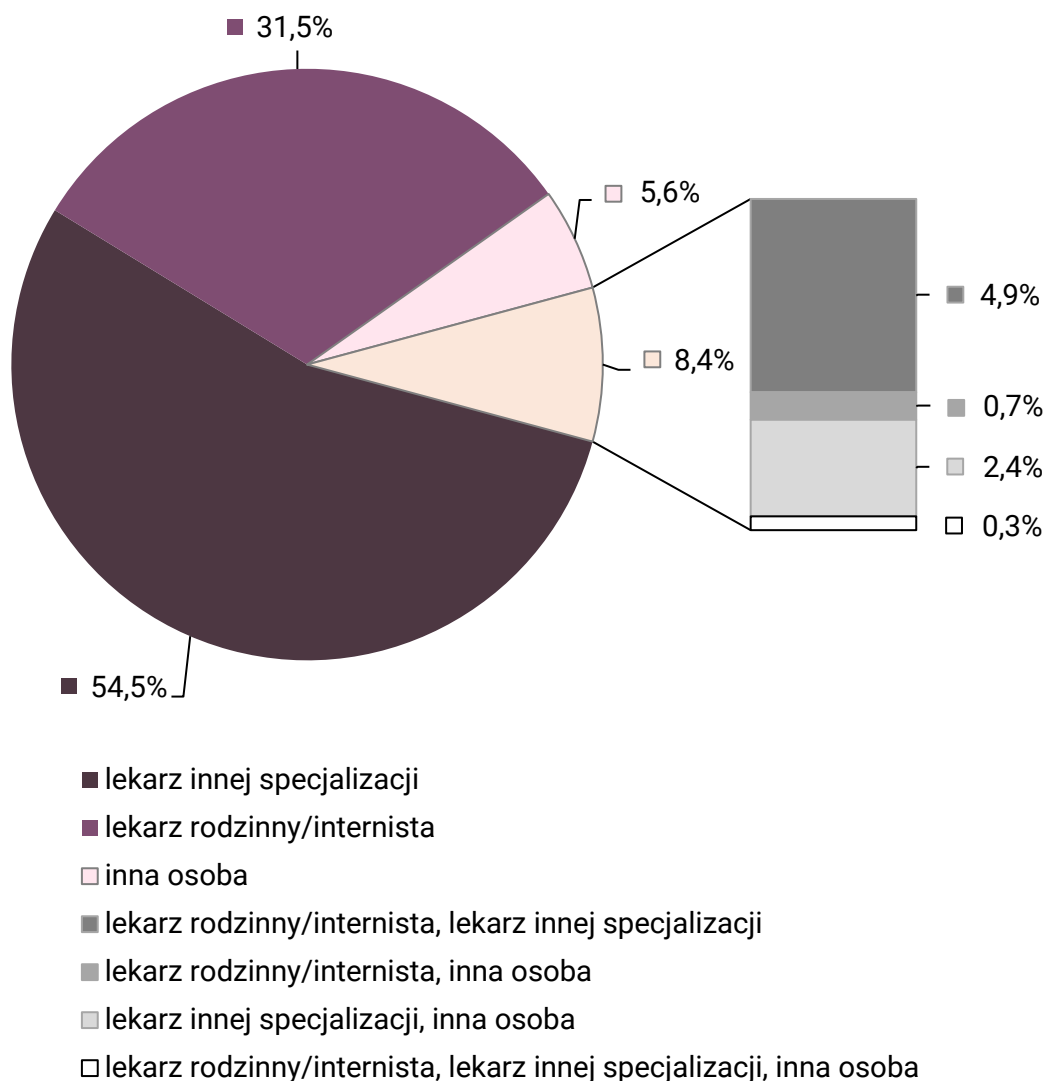


Ryc. 6.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego zajmującego się Twoim zdrowiem kiedykolwiek powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem?” (% , N=904)

²⁵² Tamże



Spośród kobiet, które usłyszały, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi i/lub zakończenia karmienia mlekiem matki w 54,5% usłyszały to od lekarza specjalisty, w 31,5% od lekarza rodzinnego/internisty, w 5,6% – od innej osoby, zaś łącznie 8,4% kobiet od więcej niż jednego lekarza i/lub innej osoby (Ryc. 6.4.).

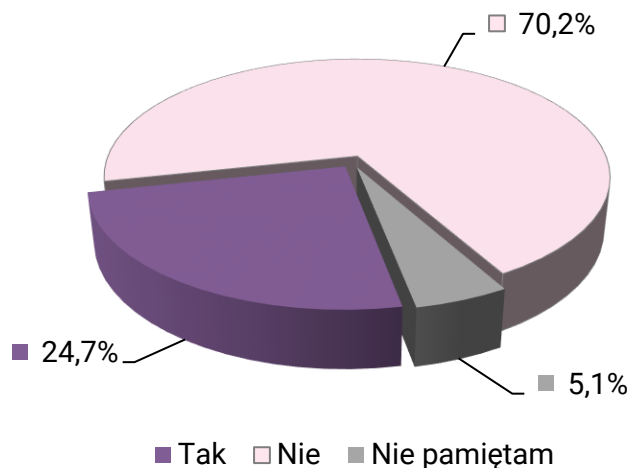


Ryc. 6.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kto z personelu medycznego zajmującego się Twoim zdrowiem powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem?” (% , N=904)

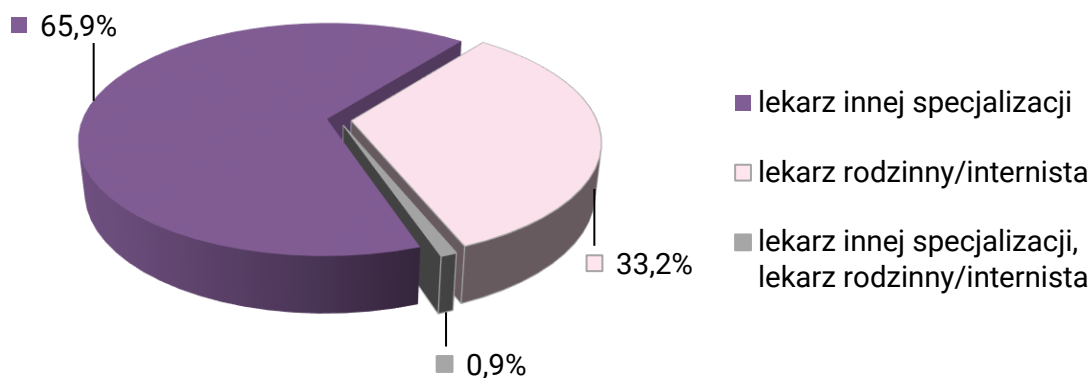
Wśród rozpatrywanej grupy kobiet, które leczyły się w trakcie laktacji, 24,7% usłyszało odmowę jakiegось świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty, ze względu na laktację. Z kolei 70,2% kobiet nie usłyszało takiego zalecenia, zaś 5,1% tego nie pamiętało



(Ryc. 6.5.). Odmowę świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty kobiety usłyszały w 33,2% od lekarza rodzinnego/internisty, w 65,9% przypadków od lekarza innej specjalizacji. 0,9% zaś odmowę usłyszało zarówno od lekarza rodzinnego/internisty, jak i lekarza specjalisty (Ryc. 6.6.).



Ryc. 6.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek odmówiono Ci jakiegos świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty (np. leczenie zębów, badanie USG piersi, rentgen, tomografia komputerowa, terapia antybiotykowa itp.) ze względu na to, że karmisz piersią?” (%), N=904)



Ryc. 6.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: "Kto Ci odmówił Ci świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty?" (%), N=223)

Czy rzeczywiście prawie jedna trzecia kobiet, aby móc podjąć leczenie powinna była odstawić dziecko od piersi? Czy lekarze mieli podstawy, aby odmówić świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty?

Jeśli chodzi o zlecenie i wykonywanie badań i zabiegów, to kobietom odmówiono badań/zabiegów uznawanych za bezpieczne podczas karmienia piersią, jak: cytologia, badanie krwi, w tym oznaczenie poziomu ferrytyny we krwi, badanie krzywej cukrowej, laserowe usuwanie znamion skórnych (tzw. pieprzyków) i ziarniaka naczyńniowego, rehabilitacja przesunięcia dysku. Odmawiano również bezpiecznych podczas karmienia piersią badań obrazowych i radiologicznych jak: RTG, USG (piersi, transwaginalne), tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny (o czym więcej w podrozdziałach 6.2.1. *USG Piersi* oraz 6.2.2 *RTG i inne badania obrazowe*). W podrozdziale 6.2.3. przyjrzymy się bliżej odmowie przez lekarza dentyście takich świadczeń jak: znieczulenie stomatologiczne, ekstrakcja zęba/ósemki. Kobiety karmiące piersią powinny mieć pełną możliwość ww. diagnostyki, zabiegów i leczenia. W podrozdziale 6.2.2. zwrócimy uwagę również na mogące wzbudzić więcej wątpliwości badanie z użyciem radiofarmaceutyków, czyli scyntygrafii, której odmówiono w 3 przypadkach.

Przyjrzymy się również zaleceniom związanym z farmakoterapią. Antybiotykoterapia była jedną z częstszych odpowiedzi na pytanie, o to, jakiego świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty kobiecie odmówiono. Spośród kobiet, które taką odmowę dostały, aż 22,4% z nich (N=223) wskazało na antybiotyk. Kobietom, które wypełniły ankietę odmówiono przepisania antybiotyków m.in. na anginę, zapalenie ucha, gronkowca. Obecnie jest wiele antybiotyków przebadanych pod kątem przenikania do mleka i wiele z nich niesie bardzo małe ryzyko dla dziecka karmionego piersią²⁵³. Poza tym kobietom odmówiono: leków na depresję poporodową, leków na alergię, leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych (np. Ibuprofenu, który jest podstawową substancją czynną stosowaną w protokole leczenia zapalenia piersi u matek karmiących²⁵⁴), leków na tarczycę, leków na grzybicę brodawek, leków na zapalenie pęcherza moczowego. To wszystko z powodu faktu, iż były w okresie laktacji. Zważając na aktualną wiedzę medyczną na temat leków, w tym stosowanych w wymienionych wyżej schorzeniach i innych powszechnie występujących chorobach

²⁵³ Bar-Oz B., Bulkowstein M., Benyamini L. i wsp., *Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation*, Drug Safety 2003, 26(13):925-35, <https://doi.org/10.2165/00002018-200326130-00002> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁴ Mitchell K.B., Johnson H.M., Rodriguez J.M. i wsp., *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum*, Academy of Breastfeeding Medicine 2022, 17(5):360-376, <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm> [dostęp: 30.11.2023]



u kobiet karmiących piersią, można dobrać leki, niosące niskie, bądź znikome ryzyko dla karmionych piersią dzieci i powinno być to poddane pod decyzję pacjentki,^{255, 256, 257, 258}. Stosowanie odpowiednio dobranych leków w wyżej wymienionych przykładach przez kobietę karmiącą piersią, może być bezpieczne dla jej dziecka i nie wymagać żadnych dodatkowych wskazań lub interwencji, dlatego odmowa ich przepisania z powodu laktacji, nie była uzasadnionym działaniem (choć zawsze ważna jest obserwacja mogących potencjalnie wystąpić działań niepożądanych).

Niejednokrotnie kobietom zalecano lub sugerowano zakończenie karmienia piersią:

„Miałam ostre zapalenie ucha i głuchotę, miałam wybrać, czy leczę siebie antybiotykiem albo karmię piersią i nie słyszę”.
(laryngolog, wiek dziecka: 2,5 roku, A1161)

„Otrzymałam rekomendację zakończenia karmienia piersią, dziecko miało wtedy niecałe 2 miesiące. Dostałam bardzo poważnego zapalenia pęcherza, zakażenia układu moczowego. Musiałam iść na nocną pomoc. Pani doktor najpierw zapytała, czy jestem pewna, że to nie jest krwawienie połogowe tylko krwimocz, a potem powiedziała, że jeżeli to jest krwimocz, to muszę dziecko odstawić i ona wtedy przepisze antybiotyk. Nie zgodziłam się. To już był taki czas, że nie chciałam i nie wyobrażałam sobie odstawienia dziecka od piersi, zwłaszcza takiego małego. Tak jakbym mogła, prawda? Za godzinę powiedziec »Sorki mały, ale to było ostatnie«.

²⁵⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30000798/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁶ <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/ibuprofen/product/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁷ So M., Bozzo P., Inoue M., Einarson A, *Safety of antihistamines during pregnancy and Lactation*, Canadian Family Physician 2010, 56(5):427-429, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868610/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁸ Spencer J.P., Thomas S., Trondsen Pawlowski R. H., *Medication Safety in Breastfeeding*, American Family Physician 2022, 106(6):638-644, PMID: 36521462, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36521462/> [dostęp: 30.11.2023]



Oczywiście wcześniej, zanim wybrałam się na tę nocną pomoc, to naczytałam się w Internecie, jak mogę leczyć zapalenie pęcherza i okazało się, że są jakieś leki bezpieczne, więc wtedy już wiedziałam, że od tej pani ich nie uzyskam i postanowiłam spróbować, czy gdzie indziej się uda. Wyszłam po prostu i pojechałam na SOR. Tam okazało się, że nie ma problemu. Dostałam antybiotyk i [nazwa leku]. Potem jeszcze te zapalenia były nawracające. Konsultowałam się z kilkoma lekarzami na czacie, to był początek pandemii, i kilka razy się tak zdarzyło, że usłyszałam »Antybiotyku pani nie przepiszę, bo dziecko może mieć biegunkę«. (K42)

„Byłam na USG ginekologicznym, transwaginalnym, tylko na takim badaniu kontrolnym, a pamiętam, że lekarz bardzo mnie przestraszył. Usłyszałam, że z szyjką macicy jest coś nie tak, sugerował mi endometriozę, nie wiem czemu, bo nie miałam żadnych objawów. Po prostu po USG tak stwierdził i że mam odstawić karmienie i jak odstawię karmienie, to przyjdź, i wtedy on zobaczy czy ta szyjka się zmieniła, czy nie. Stwierdziłam, że co, jeśli już odstawię, a ta szyjka będzie dalej taka sama? Uznałam, że ta argumentacja jest bez sensu. Mogłabym stracić szansę karmienia, a to by mogło nic nie zmienić, bo on wtedy zobaczy. Poszłam do innego lekarza, który powiedział, że do niczego się nie może przyczepić, że może było coś źle przeliczone odnośnie do dnia cyklu, w którym byłam i wyglądało to inaczej. Uznał, że wszystko jest dobrze i powiedział, że absolutnie nie muszę odstawiać karmienia piersią, bo według niego nie ma żadnych przeciwwskazań”. (K8)



„Odmowa recepty z lekiem na gronkowca złocistego. Usłyszałam, że przy zażywaniu leków na gronkowca i nadciśnienie nie można karmić piersią. Lekarz kazał wrócić, jak skończę karmić. Kardiolog w związku z utrzymującym się wyższym ciśnieniem również kazał wrócić, jak skończę karmić”. (laryngolog, Kardiolog 3-6 miesięcy A1955)

„Lekarz stwierdził, że wyleczę swoje dolegliwości jak skończę karmić”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 9 miesięcy, A350)

„Leczenie kolana. Lekarz powiedział, że mam wrócić, jak skończę karmić piersią”. (ortopeda, wiek dziecka: 6 miesięcy, A327)

Czasem, pomimo świadomości braku wiedzy udziela się kobietom przypadkowych czy pochopnych zaleceń.

“Mówili, że muszą mi podać leki. Nie wiedzieli, czy mogę po nich karmić piersią i uznali, że powinnam dać dziecku szybciej marchewkę i nie powinnam karmić 24 godziny dla pewności”. (ratownik medyczny, wiek dziecka: 5 miesięcy, A2363)

Zalecenie wcześniejszego podania marchewki 5 miesięcznemu dziecku świadczy o braku znajomości fizjologii laktacji i tego, że rozszerzanie diety dziecka nie polega na nagłym zastąpieniu pokarmu matki inną żywnością, tylko jest to proces stopniowy, a mleko matki pozostaje podstawą żywienia przez cały pierwszy rok życia.



Kolejna z kobiet leczyła się psychiatrycznie:

„Rozpoczęłam swoją terapię w nurcie psychoterapeutycznym i w pewnym momencie potrzebowałam wsparcia farmakologicznego. Poszłam do psychiatry, ale już z wiedzą na temat tego, że nie muszę odstawić dziecka, jeśli potrzebuję wziąć jakieś leki przeciwdepresyjne. Podałam substancje czynne, które są bezpieczne dla dziecka podczas karmienia i na tej podstawie zostały dobrane leki. Powiedziałam to wprost lekarce, bo byłam zdeterminowana do tego, że muszę brać jakieś leki. Wiedziałam, że mogę sobie też pozwolić na to, bo to jest lekarz otwarty na dialog. Powiedziała »No to dobrze. Dziękuję. Ja sobie zapiszę te substancje czynne, bo często mam problem co wybrać dla kobiet, które karmią i zalecam zazwyczaj, że dobrze by było, żeby odstawiły«. Ucieszyłam się, że może ktoś nie będzie musiał odstawić. Nie wiem jak bym sobie z tym poradziła, że muszę odstawić, przez to, że muszę uporać się ze sobą. Myślenie, a co ze mnie za matka na pewno by się włączyło, ale na szczęście tak się nie stało. Karmienie, to rodzaj czasu, który poświęcam dziecku. Nie widziałam opcji, że miałabym odstawić. Może trochę z lenistwa, bo w nocy podaję pierś i śpimy. Wszyscy się wysypiają. Nikt nie musi nosić, a w przeciwnym razie, to całe znowu jakieś niespanie po nocach dziwaczne. Po co?». (wiek dziecka: 1 rok, K30)

W tym przypadku odstawienie dziecka od piersi mogłoby, w odczuciu kobiety, pogłębić problemy ze zdrowiem psychicznym. Dla kolejnych kobiet, pomimo zaburzeń zdrowia psychicznego, karmienie było również bardzo ważne:



„Poprosiłam o leki na depresję (leczyłam się wcześniej, ale w ciąży odstawiłam, a po porodzie problemy wróciły). Lekarz powiedział mi, że karmienie piersią powoduje depresję i sugeruje najpierw odstawić, a tak w ogóle to nie może mi i tak nic przepisać. Znalazłam sama informacje, jakie leki może mi przepisać i w końcu dostałam leki”. (psychiatra, wiek dziecka: 1 rok, A2386)

„Leki na depresję poporodową - nie dostałam żadnych, mimo iż została postawiona diagnoza”. (psychiatra, wiek dziecka: 4,5 miesiąca, A282)

„Tydzień po porodzie miałam epizod psychozy poporodowej. Tydzień spędziłam na oddziale szpitala psychiatrycznego, gdzie odciągałam i wylewałam mleko, ponieważ nikt mi nie powiedział, że przy branych lekach mogę karmić (mogłam). Prosiłam o dobranie leków, przy których będę mogła karmić. Po miesiącu KPI i podcięciu wędzidełka karmiłam piersią dziecko do 2 roku życia”. (A1000)

„Bardzo długo już lecę się u psychiatry. Chyba od 2011 roku i miałam swojego lekarza prowadzącego, który mi wprost powiedział, że jeżeli planuję zajść w ciążę, to on nie podejmuje się dalej leczenia, dlatego musiałam szukać innego lekarza, żeby po prostu móc się leczyć. Wiedziałam, że sobie przez ten czas ciąży nie poradzę bez leków. Na szczęście udało mi się znaleźć takiego lekarza, który wykazał się wiedzą i udało mi się przez ten czas ciąży przejść na lekach, to oczywiście były inne leki niż te, które biorę



teraz przy karmieniu piersią, ale w końcu znalazł się po prostu ktoś, kto się tego podjął. Bezpośrednio przed zajściem w ciążę straciłam pracę w i byłam na zwolnieniu lekarskim które wypłacał mi ZUS. Później zakwestionował to, że ja byłam niezdolna do pracy i obecnie mam sprawę sądową właśnie o zasiłek chorobowy za ten okres ciąży, co wiązało się z tym, że musiałam stawić się w sądzie na badanie przez lekarza orzecznika psychiatry. Niestety, jak powiedziałam, że karmię piersią i przyjmuję leki, to też ta pani, myślałam, że no po prostu wręcz z butów tam wyskoczy, że jak w ogóle mogę karmić piersią i brać leki, że to jest nieodpowiedzialne, że jak lekarz mógł mi przepisać leki przy karmieniu piersią, że narażam swoje dziecko, że przez to się też nie mogę leczyć właściwie. No i tu porada, którą dostałam, to była taka, żebym nie miała w ogóle wyrzutów sumienia, że nie będę karmiła dziecka swoim mlekiem, że teraz mleka modyfikowane to są tak świetne i wspaniałe. No i pani przywołała swoje, kiedy urodziła, że wtedy dzieci były karmione mlekiem w proszku takim z woreczka i to był przecież też świetny sposób i ludzie wyrosli na zdrowych po tym mleku, więc co mi szkodzi, po prostu odstawić dziecko od piersi i zacząć się normalnie leczyć. Tak jak to pani podkreślała - normalnie leczyć. Teraz to jest to jakieś takie leczenie niepełnowartościowe, a dodatkowo narażające dziecko na niebezpieczeństwo. Chciałabym odczarować takie dziwne pokutujące jeszcze w społeczeństwie przekonanie, że te leki to są jakieś narkotyki, żeby nie patrzeć na kobiety jak na jakiejś, które się narkotyzują, że naprawdę da się z tym żyć, da się leczyć to skutecznie i że po prostu ta jakość życia naprawdę może się poprawić, że można bezpiecznie leczyć się też będąc w ciąży i że to wcale nie oznacza, że mając jakieś zaburzenia psychiczne trzeba



rezygnować na przykład z macierzyństwa. Mam wrażenie, że to jest często tak właśnie postrzegane, że jeśli są takie problemy, to co najwyżej psychoterapia na okres ciąży i oczywiście tego karmienia i tyle". (wiek dziecka: 2 miesiące, K21)

Ważnym jest to, aby lekarze psychiatrzy wiedzieli, że można włączać odpowiednie leczenie farmakologicznie u kobiet karmiących piersią, będących w kryzysie zdrowia psychicznego oraz by znali wachlarz leków bezpiecznych (niosących znikome ryzyko dla dziecka) oraz aby taką informację przedstawiali pacjentce, aby mogła podjąć świadomą decyzję, co do swojego dalszego leczenia. Jak wspominałyśmy w części *Zdrowie w mleku matki* są badania naukowe, które potwierdzają dobroczynny wpływ karmienia piersią na zdrowie psychiczne (więcej o samym zdrowiu psychicznym matki w rozdziale 7.).

Jednej z kobiet bardzo zależało na tym, aby nasz raport dotarł w szczególności do psychiatrów:

*„Przy pierwszym dziecku podejrzewam, że miałam coś zagrażającego depresją poporodową, chociaż nie wiem, bo sama bym z tego nie wyszła, ale ostry to był baby blues, naprawdę. Gdyby ta opieka, choć też to się już rodzi w Polsce, że nie ma wstydu, przynajmniej w moim otoczeniu, że się korzysta z pomocy psychoterapeutycznej, psychiatrycznej, ale gdyby była też ta wiedza, że nawet we wczesnym procesie karmienia można stosować leki, które ten nastrój kobiecie poprawią i znormalizują... Więc tutaj myślę, oby to do psychiatrów też mogło trafić, że jest laktacyjny leksykon leków, narzędzia ogólnodostępne, z których same pacjentki korzystają, więc lekarze tym bardziej powinni, prawda?”
(K30)*



Warto wspomnieć, że istnieje wiele leksykonów, które opisują bezpieczeństwo stosowania leków w laktacji, a najbardziej rozpowszechnionym jest podręcznik – lekospis pt. „Medications and Mothers Milk” tworzony przez profesora Thomas’a W. Hale’a i zespół naukowców z nim współpracujących, wydawany z uaktualnionymi informacjami o lekach co dwa lata²⁵⁹. Hasłem promującym jest „Keep Mothers Breastfeeding. Keep Babies Healthy”. Widać więc, że wiedza na temat bezpieczeństwa stosowania leków w laktacji poszerza się każdego roku.

O tym, jak ważny jest świadomy udział pacjenta w podejmowaniu decyzji o leczeniu i komunikacja między lekarzem a pacjentką, mówiła farmaceutka, która udzieliła nam wywiadu:

„Problemem jest to, że na studiach nie ma nacisku na to, żeby ktoś miał wiedzę na temat fizjologii laktacji i tego co to oznacza dla jednostki, dla konkretnego pacjenta, a także w kontekście społecznym i farmakoekonomicznym. Medycy, a zwłaszcza farmaceutyci, powinni wiedzieć, że jednym z czynników wpływającym znacząco na sukces farmakoterapii jest dobry »adherence« i »compliance«, czyli to, w jaki sposób pacjent podchodzi do farmakoterapii, jaką ma o niej wiedzę, jak będzie stosował się do zaleceń i tak dalej. A jednym z czynników, które wpływają na »adherence« i »compliance« jest styl i organizacja życia pacjenta, jego nawyki. Pracując z kobietami karmiącymi piersią trzeba o tym wiedzieć, że jeżeli mama będzie musiała na przykład robić 3 razy dziennie przerwę 4 godziny od zażycia leku do następnego karmienia, to najprawdopodobniej albo nie będzie

²⁵⁹ Na polskich stronach internetowych możemy znaleźć pod tą nazwą spis leków wraz z kategoriami, jednak nie jest on na bieżąco aktualizowany, gdyż został stworzony na podstawie prac prof. T. Hale’a jednorazowo. Najbardziej aktualne informacje można znaleźć w odpłatnych wydawanych co dwa lata aktualizacjach spisu leków w formie książkowej (również wydawanej elektronicznie) lub aplikacji internetowej i aktualizowanej na bieżąco z bazą informacji o lekach <https://www.halesmeds.com/> [dostęp: 30.11.2023]



brała leku, albo zakończy karmienie piersią (oczywiście zależy to też innych czynników). W takiej sytuacji można rozważyć różne interwencje po konsultacji z lekarzem prowadzącym - na przykład stosowanie leku tylko 2 razy dziennie, ale w innej postaci lub dawce czy zmianę leku na taki, który nie będzie wymagał odstępu. W tych wszystkich działaniach, w moim idealnym świecie, celem jest to, żeby każdy, kto pracuje z kobietami karmiącym piersią zastanawiał się nad tym co robi. Aby nie było to takie bezrefleksyjne podejście, tylko, żeby była współpraca, czyli słuchanie, rozumienie, wiedza, doświadczenie i komunikacja, a nie że »Nie może pani, bo nie«".

(P6/KM)

Zdarza się, że kobiety na własną rękę szukają informacji o bezpieczeństwie stosowania leków w laktacji, co oznacza, że personel medyczny nie jest dla nich w tej kwestii autorytetem (co potwierdzają liczne historie w tym raporcie). Dobrze jest, gdy kobieta trafi na rzetelne źródło informacji, jednak stanowczo źródłem powinien być dobrze wykształcony i potrafiący pracować z pacjentką karmiącą piersią personel. Jak wspomniała w przytoczonej wypowiedzi farmaceutka, brak otwartej i empatycznej komunikacji może z jednej strony zakończyć się niepodjęciem leczenia przez pacjentkę (np. ze względu na niemożność odstawienia dziecka od piersi, jeśli jej to zalecono) albo niepotrzebnym przerwaniem karmienia piersią. Jest jeszcze trzeci aspekt, który wiąże się ze wspomnianą coraz większą wiedzą pacjentek, że kobiety mogą ukrywać fakt przyjmowania leku i jednoczesnego karmienia piersią przed lekarzem. Warto podkreślić, że nawet jeśli dany lek jest uznawany powszechnie za bezpieczny (i są na to liczne dowody i badania naukowe), to jednak istnieje zawsze pewne ryzyko wystąpienia działań niepożądanych (np. w wyniku specyficznych reakcji organizmu matki czy dziecka na dany lek lub jego składnik, inny typ metabolizowania danego leku, połączenie z przyjmowaniem innych leków, przyjęcie niestandardowej, zbyt dużej dawki i in.). Obserwacja dziecka pod kątem wystąpienia działań niepożądanych zawsze jest istotna. Jednak w sytuacji braku zaufania do lekarza, pacjentka najprawdopodobniej nie zwróci się do niego po pomoc, kiedy takie działanie niepożądane wystąpi i pozostanie bez opieki medycznej.



"To był hit. To była kobieta, matka dwójki dzieci, i ona mi powiedziała, że karmienie piersią jest fanaberią, bo ona wykarmiła dwoje dzieci na mieszance i to znaczy, że mieszanka jest super, a kluczowym argumentem, moim chyba ulubionym, było to, że powiedziała, że przecież te dzieci żyją, więc o co mi chodzi. Moja córka miała wtedy 6 miesięcy. My jeszcze nie rozpoczęliśmy nawet rozszerzania diety. Znalazłam Laktaceutę i tam się dowiedziałam o e-lactancia.org i stamtąd dopiero dowiedziałam się, że wcale nie muszę przestawać karmić, ale nie mogłam się do tego przyznać lekarzowi, bo tamta pani po pierwsze uważała karmienie piersią za fanaberię, a po drugie pewnie oskarżyłaby mnie o trucie dziecka. Bardzo bym chciała, żeby lekarze mieli świadomość, że pacjentka karmiąca to nie jest jakieś kukułcze jajo. Cały świat mówi o tym, żeby kobiety karmiły piersią, a później idzie się do lekarza – matki, kobiety, która ma swoje dzieci i ona mówi, że karmienie piersią to jest fanaberia. No to karmić czy fanaberia?"
(laryngolog, wiek dziecka: 7 miesięcy, K11)

Źródłem wiedzy coraz szerzej rozpowszechnionym wśród kobiet, jest portal *e-lactancia.org*²⁶⁰. Jak widać w niektórych przykładach, z tego portalu korzystają również lekarze. Warto zwrócić uwagę na to, że na tym portalu zawsze podawana jest data ostatniej aktualizacji artykułu i źródła na jakiej podstawie zakwalifikowano lek do danej grupy, oznaczonej odpowiednim kolorem, podczas gdy na wielu innych stronach nie podaje się dat powstania czy ostatniej zmiany artykułu, więc trudno zakładać, że informacje bez takich danych są aktualne. Ponadto polecany wyżej portal nie jest stroną komercyjną.

²⁶⁰ <https://e-lactancia.org/> (nie mylić ze stornami, które posiadają podobną nazwę lub inne rozszerzenie)
[dostęp: 30.11.2023]



"Przy poprzedniej córce zdarzało się, że chodziłam do lekarza. Często słyszałam, że za bardzo nie mogą za dużo przepisać, na przykład na przeziębienie. Wszyscy za bardzo nic tak nie mogą przepisać, ale już mam coraz większą wiedzę i wiem, że na e-lactancia.org można sobie sprawdzić substancje czynne. Nawet kiedyś jednemu lekarza pokazywałam tę e-lactancję, jak miałam problemy z kręgosłupem. Lekarz nie chciał za bardzo nic przepisać, ale pamiętam, że to był spoko lekarz i fajnie się z nim rozmawiało. Sprawdzaliśmy razem te substancje czynne". (K24)

„Teraz leczę kurczawkę i też trafiłam na świetnego dermatologa, bo od razu pierwsze co zrobiła to weszła na e-lactancia.org i powiedziała mi, że niestety, ale nie może mi pomóc farmakologicznie, bo są za silne leki, ale tylko wymrażamy, więc tak, jestem z niej zadowolona. A u nas chirurg powiedział, że zero zabiegów, bo nie można dać żadnego miejscowego znieczulenia, więc po prostu pojechałam do dermatologa". (K2)

„Jak córka miała 4 miesiące, to usłyszałam zalecenie odstawienia od piersi, ale potem zobaczyłam tego lekarza i zrozumiałam, dlaczego tak powiedział. Z tego co pamiętam, to mój mąż chyba coś przyniósł z pracy, jakieś przeziębienie i zadzwoniłam, żeby się dowiedzieć, co ja mogę w ogóle brać, no i ten pan powiedział jakieś tam rzeczy, które mogę. No i powiedział, że jeżeli to nie pomoże, to trzeba będzie zrobić test na COVID i jeżeli ten test wyjdzie negatywny no to, że prawdopodobnie trzeba będzie wziąć antybiotyk, a jak już antybiotyk, to też odstawić od piersi, więc się zapytałam, jak mam to zrobić z czteromiesięcznym dzieckiem.



Powiedział, że ma nadzieję, że do tego nie dojdzie. Całe szczęście skończyło się na objawowym leczeniu. Ten pan miał tak z 60-70 lat. Niestety, wiedza jest taka kiepska. Myślę, że lekarze się doksztalcają w jakiejś swojej dziedzinie, która im najbardziej pasuje, albo w której się specjalizują, natomiast często ci lekarze, którzy są w przychodniach, to oni mają za duży wachlarz i im jest ciężko się doksztalić we wszystkim. Nie dziwię się, że tak jest. Po prostu nie mają siły też przerobowych na to. Ale teraz my mamy też możliwość bardzo dużo sprawdzić, np. a e-lactancia.org, to zawsze można nawet w gabinecie u lekarza i mu pokazać, że mogę, jeżeli on tego nie jest w stanie sprawdzić”. (K3)

“Sama sprawdzałam leki, którymi leczyłam nagłe pogorszenie niedosłuchu. Korzystałam z e-lactancia, z wiedzy pani Karoliny Morze i innych farmaceutów przyjaznych laktacji. Spotkałam starszą lekarkę pozytywnie nastawioną do karmienia piersią, która zainteresowała się e-lactancją i razem sprawdzałyśmy leki, które chciała mi dać, szacunek za otwartość :)”. (A1488)

Zgodnie z powyższymi przykładami często to kobiety muszą przejmować inicjatywę w dobieraniu bezpiecznego leczenia. Zdając sobie sprawę z ogromnych braków w edukacji lekarzy w zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii w laktacji, do takiej postawy zachęca pacjentki farmaceutka, z którą rozmawiałyśmy. Wskazuje ona również na inne problemy systemowe, które skutkują trudnością w zaopiekowaniu się pacjentką karmiącą piersią wystarczająco rzetelnie:

„Jeżeli lekarz mówi, że nie może nic tak naprawdę zapisać, to pacjentka może zapytać: »A gdybym nie karmiła piersią, to co by pan mi mógł polecić, zaproponować i w czym tutaj karmienie



piersią jest przeszkodą?«. Niestety bardzo często obserwuję, że jest problem w komunikacji między lekarzem, a pacjentem i pacjentki często są za mało asertywne i nie komunikują jasno swojej potrzeby, że one chcą karmić piersią, że nie chcą przerywać karmienia piersią, albo »Nie zgadzam się na takie leczenie, w którym ja muszę odstawić dziecko od piersi, czy możemy znaleźć inne rozwiązanie?«. Tego pacjentki nie mówią, a lekarze, którzy nie dostają tego bodźca, że »Ok. Ta pacjentka chce karmić piersią. To jest dla niej ważne«, to będą traktowali ją, jak każdą pacjentkę, którą znają ze swoich studiów – czyli, że laktacja to jest w sumie taki stan fizjologiczny, gdzie się karmi piersią, ale bardzo łatwo można zamienić je butelką i będzie ten sam efekt (to niestety tak nie jest). Wszystko to jest kwestia edukacji i relacji pacjent – lekarz. Oczywiście jeżeli lekarz narusza granice, nie jest otwarty na komunikację, nie można się z nim dogadać, nie można mu przedstawić swoich racji, to wtedy jak najbardziej można poprosić o zapisanie odmowy leczenia na piśmie, wtedy myślę, że jest ona uzasadniona. Natomiast co sprawi, że faktycznie poprawi się jakość komunikacji czy jakość relacji? Oprócz edukacji personelu, to pacjent ma faktycznie czasami większą szansę na kontrolę sytuacji, niż lekarz, który obsługuje już 60 osobę tego dnia i nie był w toalecie, jest głodny, a do tego ma różne osobiste trudności i totalne zmęczenie. Wszyscy mamy czasem takie dni. Oczywiście nie wszyscy medycy zawsze tak mają, ale ci pracujący w POZ mają dużo pacjentów, zwłaszcza w okresie infekcyjnym, wtedy pacjent przychodząc może mieć szansę na większą kontrolę tej sytuacji niż lekarz. Pacjentka może powiedzieć: »To ja rozważę, czy będę chciała dalej karmić piersią, czy odstawić dziecko od piersi na czas



leczenia«. Może powiedzieć lekarzowi, że to jest jej decyzja”.

(P6/KM)

Wiele z kobiet, które cytujemy w powyższych historiach było świadomych tego, że wiedza w zakresie bezpiecznych leków podczas karmienia piersią się poszerza. Były to najczęściej kobiety poszukujące informacji i wiedzy o tym. Położna środowiskowo-rodzinna, która udzieliła nam wywiadu, zwróciła uwagę na to, że są kobiety, które do błędnych zaleceń lekarskich po prostu się stosują. Wydaje się, że wiele kobiet może wdrażać w życie zbyt rygorystyczne względem karmienia piersią, a nawet błędne zalecenia ze względu na autorytet lekarza i mogą nawet nie być tego świadome.

„Miałam pacjentkę ze stanem zapalnym stawu skokowego. Lekarz jej powiedział, że nie może karmić, bo jakiś lek dostała do smarowania, a najlepsze jest to, że nawet jakby go tyknęła w tabletkę, to by mogła karmić, bo ten lek jest lekiem bezpiecznym. A tak, mama podaje mieszankę, a mleko odciąga i wylewa. Pomimo, że do karmienia zamierza wrócić, to wylewa zupełnie niepotrzebnie”. (P4)

“Lekarz ortopeda powiedział, że nie mogę brać leków na ból i stan zapalny stawów kolanowych poza paracetamolem oraz stosować środków na odbudowę stawów. Nie chciał nawet podać nazw środków, które normalnie by zaordynował i powiedział, by się po nie zgłosić, gdy zakończę karmienie. Uzasadnił to karmieniem piersią, że leki przedostają się do mleka, nie ważne, że są uznawane za bezpieczne i tak nie powinnam brać żadnych”.

(ortopeda, wiek dziecka: 11 tygodni, A965)



Niedopuszczalna jest sytuacja, w której lekarz odmawia nawet podania nazwy leku, który przepisałby na daną dolegliwość w wypadku, gdyby pacjentka nie karmiła piersią. Pacjentka powinna mieć możliwość podjęcia decyzji dotyczącej sposobu leczenia, o czym pisałyśmy na początku tego podrozdziału. Brak działania można nazwać błędem w sztuce lekarskiej:

„Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym”. (pierwszy w kwestii błędu w sztuce lekarskiej Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygnatura akt IV CR 39/54, OSN 1957/1, poz. 7.)

Każdego dnia kobietom karmiącym udziela się błędnych zaleceń lub odmawia się farmakoterapii, która często jest jedynym sposobem na wyleczenie lub złagodzenie objawów choroby oraz na poprawę jakości życia czy na powrót do pełnej aktywności w życiu osobistym, czy zawodowym. Kolejne historie pokazują, że kobiety wciąż spotykają się z postawą, że podczas karmienia piersią „Nic nie można”, co jednak najczęściej nie jest prawdą i może skutkować ryzykownym dla matki (a w konsekwencji i dla dziecka) zaniechaniem jakiegokolwiek leczenia.

„Lekarz rodzinny przy covidzie »Przy karmieniu piersią można na gorączkę tylko paracetamol« (był zdziwiony, że można Ibuprofen)”.

(lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 4 miesiące, A2355)

„Ortopeda. W związku z karmieniem piersią zalecił maść bez recepty, bo do leków (aby polepszyć komfort życia) karmienie piersią wyraźnie przeszkadzało. W zasadzie zbył mnie, komentarz typu »Nic nie mogę zrobić, jak pani karmi«, że nie można wypisać żadnych leków, które pomogą, dopóki karmię piersią. Zasugerował



nawet, żebym zakończyła karmienie!!”

(wiek dziecka: 4-5 miesięcy, A2028)

“Podczas infekcji przepisano mi jedynie sól fizjologiczną. Lekarz nie był w stanie polecić mi żadnego preparatu bezpiecznego przy karmieniu piersią”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 6 miesięcy, A1187)

“Recepta dotyczyła czegoś z hydrokortyzonem na pogryzienie przez owady, kiedy noga spuchła mi do niebotycznych rozmiarów powodując problemy z poruszaniem się. Kiedy w aptece poprosiłam o coś bez recepty i poinformowałam, że karmię farmaceutka spytała mnie, ile chcę jeszcze karmić, skoro nic nie mogę wziąć”. (była ze mną 16-miesięczna córka)”. (A2167)

„Nie można było mi pomóc z grypą żołądkowa. Nie można podać leków podczas karmienia piersią, najlepiej odstawić dziecko na 5 dni. Sama sobie poradziłam lekami bez recepty”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 12 miesięcy, A2169)

„O tak! Ten pan to był hit. To był lekarz w POZ i ten pan przy mnie google’ował, co może mi dać i powiedział, że »Jak pani karmi, to nic pani nie mogę dać. A jak pani dostanie zapalenia«, jakoś to nazwał, takiego większego »i pani pojedzie do szpitala, to już wtedy nikt nie będzie pani pytał, czy pani karmi, czy nie, bo dostanie pani takie leki i tak pani dziecka nie będzie miała przy sobie, więc umówmy się,



że pani będzie pani brała żurawinę i jak będzie gorzej to niech pani jedzie na pogotowie». (internista, wiek dziecka: 6 miesięcy, K43)

„Zapalenia pęcherza miałam co dwa miesiące i między wizytą, na której usłyszałam, że mam odstawić, a tą na której mi lekarz nie chciał przepisać antybiotyku, była jeszcze jedna, na której normalnie dostałam antybiotyk i brałam go. A na tej trzeciej był już inny lekarz i powiedział, że nie może mi go przepisać, bo dziecko będzie miało biegunkę albo nie wiadomo co. Powiedziałam, że dostałam poprzednio przecież, to chyba można i usłyszałam, że pan doktor nie będzie brał na siebie takiej odpowiedzialności, ale mogę wziąć preparat ziołowy, dużo pić i takie naturalne sposoby włączyć. Próbowałam tak i pomogło, co prawda wróciło za kolejne 2 miesiące, ale wtedy już dostałam antybiotyk kolejny raz”.

(internista, wiek dziecka: 6 miesięcy, K42)

Jedna z matek, która udzieliła nam wywiadu, a która jest internistką, opowiedziała o tym, jak zmieniła się jej perspektywa po urodzeniu dziecka i z lekarki, która nie przepisywała leków mamom karmiącym, stała się osobą, która rozumie, że nieprzepisywanie wyłącznie z powodu laktacji i brak chęci do dokończenia się w tym zakresie jest formą dyskryminacji.

„Przyznam, że ja też, na początku swojej drogi zawodowej, jak na przykład dorabiałam w POZ i wchodziła do mnie kobieta ciężarna lub karmiąca to ja »Hyyyyyy«, bo nic nie wolno, tak? Dopiero z czasem się przekonałam, że wolno i trzeba, i to w sumie nawet dużo nam wolno, tylko po prostu pewne zasady nas obowiązują, ale naprawdę możliwości mamy bardzo szerokie i że to jest po prostu wygodnictwo, olewactwo i niekompetencja, kiedy



kobiecie ciężarnej lub kobiecie karmiącej piersią mówimy, że »Nie będę cię leczyć, bo karmisz dziecko albo zdecydowałaś się na prokreację«. Jest to jakaś forma szeroko zakrojonej dyskryminacji, prawda?» (K28)

A oto, co powiedziała już cytowana wielokrotnie farmaceutka:

„Zastanawiałam się jakiś czas temu, co można zrobić, żeby przekonać medyków, żeby zaczęli się kształcić w tym temacie? Jest problem z całym systemem ochrony zdrowia – zasoby, wykorzystywanie w pracy, ciężko jest, bo system jest słabo zorganizowany, to w ogóle trudny temat. Ale coś co w Polsce jeszcze nie funkcjonuje, ale prawdopodobnie prędzej czy później pewnie zacznie funkcjonować – to jest odpowiedzialność cywilna za popełnione błędy. Jeżeli medyk chce świadczyć usługi i mieć największą szansę na sukces terapeutyczny i minimalną na popełnienie błędu, to faktycznie powinien zadbać o swoją edukację i dowiedzieć się jak być bezpiecznym w swojej pracy. W przypadku leczenia osób w okresie laktacji wiąże się to ze znajomością konsekwencji stosowania leków w laktacji i konsekwencji podawania sztucznej mieszanki, a także konsekwencji nieuzasadnionego zakończenia laktacji czy wprowadzania jakichkolwiek interwencji w karmienie piersią. Jeśli chodzi o kobiety karmiące piersią, to rekomendując jakiś lek, który nie jest opisany w Charakterystyce Produktu Leczniczego, że jest wskazany dla kobiet karmiących piersią lub że może być stosowany w okresie laktacji, to robi się tak zwaną rekomendację »off label«, czyli poza wskazaniami. Jeżeli takiej rekomendacji się



dokonuje, to warto mieć dobre źródła, taką »podkładkę« na to, dlaczego się uważa, że uzasadnione jest zastosowanie u tej kobiety karmiącej piersią tego leku, a nie innego. Wielu lekarzy czy wielu medyków nie będzie chciało szukać albo nie będzie chciało podejmować ryzyka związanego z rekomendacją »off label«.

Pacjent powinien też mieć świadomość, że lek jest stosowany poza wskazaniami z ChPL. Podobnie, jeśli rekomenduje się odstawienie dziecka od piersi czy jakiegokolwiek odstępny, czy interwencje z powodu leczenia, również powinny być na to solidne podstawy. Jeżeli ktoś odmawia leczenia z powodu samego faktu karmienia piersią, to robi coś, co jest niezgodne z prawem, to jest dyskryminacja. Nie można odmówić świadczenia z uwagi na karmienie piersią. Pisałam kiedyś na ten temat do Rzecznika Praw Pacjenta i wiem, że tak nie powinno się zdarzyć, że karmienie piersią jest przeszkodą w udzielaniu świadczenia. Ryzyko, które medyk wtedy podejmuje jest takie, że brak leczenia może spowodować dalsze komplikacje u pacjentki i może doprowadzić do tragicznych konsekwencji. Kto wtedy będzie odpowiedzialny? Medyk może być odpowiedzialny za zaniechanie leczenia lub za udzielenie niewłaściwej informacji, błąd w sztuce... Jeżeli pacjentka, czy jej rodzina będzie zdeterminowana, to tutaj może nie tylko pojawić się skarga, ale też pozew. W Stanach Zjednoczonych są to powszechne działania. Dlatego tam, jakkolwiek tamten system by nie był, to jednak bardzo ważne dla medyków jest to, żeby mieć »podkładkę«, czyli solidne podstawy udzielania danej rekomendacji. Dlatego, jeżeli czytamy rekomendacje dotyczące leczenia przygotowane przez jednostki w Stanach Zjednoczonych, to zawsze znajdujemy tam listę źródeł, w przeciwieństwie do tego co znajdziemy w Polsce, gdzie tych źródeł często brakuje. A nie



musi, bo w kontekście stosowania leków w laktacji dysponujemy ogromem wiedzy i wystarczającymi danymi, żeby móc pracować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ustawami o zawodzie i przede wszystkim – z poszanowaniem praw pacjenta oraz żebyśmy w tym całym procesie byli bezpieczni”. (P6/KM)

Farmaceutka dopytana o to, co miała na myśli określając odmowę leczenia z powodu karmienia piersią, wyjaśniła:

„Uważam, że dyskryminacją jest fakt odmowy świadczenia wyłącznie z powodu karmienia piersią. Od razu wyjaśnijmy, że to nie jest tak, że lekarz, z resztą każdy medyk, zawsze powinien udzielać wszystkich świadczeń – są sytuacje uzasadnione, kiedy można odmówić świadczenia lub wykonania badania (na przykład jeśli nie ma wskazań do takiego świadczenia czy badania, kiedy ono nic nie wniesie do procesu diagnostycznego czy do leczenia itd.).

W sytuacji opieki nad osobą karmiącą piersią nie byłoby dyskryminacją, gdyby lekarz powiedział »Z mojego doświadczenia wynika i z mojej wiedzy wynika, że ten lek nie powinien być stosowany w okresie laktacji. Ryzyko związane ze stosowaniem tego leku w laktacji jest takie i takie« albo »Nie wiem, jakie jest ryzyko związane ze stosowaniem tego leku w laktacji. Może pani podjąć decyzję, czy zastosuje pani ten lek i nie będzie pani karmiła piersią w czasie stosowania tego leku, czy nie będzie pani w ogóle stosować tego leku, ale ja pani ten lek przepisuję, ponieważ uważam, że to jest lek, który jest najbardziej odpowiedni dla pani zdrowia«, bo jak pacjentka przychodzi do lekarza, to przychodzi ona, a nie jej laktacja i nie jej dziecko. Gdyby przychodziło dziecko,



to byłaby inna historia, bo to byłby inny pacjent, ale to ona potrzebuje pomocy i rozwiązania jakiegoś konkretnego problemu. W każdym razie jak jest »Nie, bo nie, bo po karmi pani piersią«, to uważam, że to jest dyskryminacja. Jeżeli jest »W mojej opinii jest tak i tak, to ma pani wybór. Czy pani się go podejmuje? Czy pani się tego nie podejmuje?«, bo wtedy pacjent jest osobą decyzyjną i jest traktowany zgodnie z tym, kim pacjent jest w procesie terapeutycznym, a nie jest tak, że cała decyzyjność leży na lekarzu. I na pewno nie cała odpowiedzialność”. (P6/KM)

Kobietom odmawia się farmakoterapii i muszą się one mierzyć z konsekwencjami takiego działania. W kolejnych podrozdziałach zwrócimy również uwagę na zaniechanie zlecenia podstawowych badań diagnostycznych. Brak diagnostyki u kobiet karmiących piersią wtedy, kiedy jest potrzebna, chociażby odmowa wykonania badania USG piersi czy RTG płuc, może skończyć się poważnymi konsekwencjami. Na szczęście są lekarze, którzy idą z duchem czasu i śledzą aktualną wiedzę medyczną, zarówno w zakresie bezpieczeństwa stosowania leków w laktacji, jak i diagnostyki. Ci lekarze dobierają kompatybilne z karmieniem piersią leki oraz zlecają potrzebne badania.

*„Odmówiono mi recepty na niby jakieś zakażenie dróg rodnych. W rzeczywistości była to bakteria w cewce moczowej, co odkrył inny lekarz i przepisał leki odpowiednie przy karmieniu piersią”.
(ginekolog, wiek dziecka: 3 miesiące, A1957)*

“Miałam mieć wrywaną ósemkę. Usłyszałam od dentysty, że nie może mi podać antybiotyku, jeżeli nie przestanę karmić piersią. To poszłam do innego dentysty i dał mi inny antybiotyk, który mogłam wziąć karmiąc piersią”. (K8)



„Bardzo szybko wyszłam ze szpitala i miałam stany zapalne po wenflonie i musiałam dostawać antybiotyki. Córka nie skończyła jeszcze tygodnia, kiedy ja już antybiotyki brałam, ale internista zwracał na to uwagę. Dobierał takie leki, które są możliwe do brania podczas karmienia tak małych dzieci, także tutaj było zrozumienie. Jak już miałam też starsze dzieci, bo one miały po 1,5 roku, kiedy ja jeszcze karmiłam, to za każdym razem jak miałam sytuacja chorobowe, to zawsze zgłaszałam. Tak samo jak mówiłam, że jestem w ciąży, to tak samo mówiłam, że karmię dziecko i lekarze dobierali takie leki. Wiem, że jest to po prostu możliwe”. (K12)

„Mam niedoczynność tarczycy, więc przyjmuję [nazwa leku] i przed ciążą, i w ciąży, i przy karmieniu. Była też taka sytuacja, że od ginekologa dostałam antybiotyk, ale nie było problemu z dobraniem leku pod karmienie. Pani nie robiła żadnego problemu. Powiedziała, że bez problemu można karmić. Tylko probiotyk dla siebie i dla dziecka”. (K16)

„Biorę [nazwa leku], bo mam niedoczynność tarczycy Hashimoto, więc tu lekarka wiedziała, że karmię piersią i nie miała żadnych zaleceń, żebym miała z tego zrezygnować w ciąży też brałam zresztą, wręcz było zalecane brać”. (K7)





Problem!

Co trzeciej kobiecie karmiącej piersią (31,6% ankietowanych spośród tych, które leczyły się w okresie laktacji) zaleca się odstawienie dziecka od piersi, a niemal co czwartej (24,7% j.w.) odmawia się świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty, co w większości przypadków nie jest uzasadnione najnowszą wiedzą medyczną, najczęściej wynika z braku wiedzy personelu. Zdarza się, że personel medyczny nie posiada wiedzy na temat bezpieczeństwa stosowania leków w okresie laktacji. Bywa, że kobiety z powodu błędnych zaleceń lekarskich przerywają karmienie piersią lub wręcz odwrotnie – rezygnują z leczenia, co w obu przypadkach stwarza ryzyko dla zdrowia ich i ich dzieci.

Zdarza się, że kobiety nie ufają zaleceniom lekarzy i ukrywają fakt kontynuowania karmienia piersią wraz z jednoczesnym przyjmowaniem leków, co może stwarzać ryzyko braku opieki medycznej, jeśli wystąpiłyby działania niepożądane u dziecka. Często jest nierespektowanie praw pacjentek do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia, co zdarza się w szczególności, gdy lekarz warunkuje przepisanie jakiegoś leku lub zlecenie badania koniecznością zakończenia karmienia piersią. Zdarzają się odmowy leczenia oparte wyłącznie na fakcie karmienia piersią przez pacjentki, co jest dyskryminacją wobec kobiet karmiących i może nieść za sobą szkodliwe konsekwencje.



6.2.1. USG PIERSI

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, a wskaźniki zachorowalności w Europie rosną w krajach Unii Europejskiej w ciągu ostatnich dziesięcioleci, częściowo z powodu gwałtownego spadku praktyk karmienia piersią, a im dłużej kobieta karmi piersią, tym bardziej jest chroniona przed rakiem piersi²⁶¹. Karmienie piersią zostało wpisane do Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem:

„10. Kobiety powinny pamiętać o tym, że:

- karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka piersi. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią”²⁶².

Szacuje się, że w przypadku kobiet karmienie piersią może każdego roku zapobiec 98 243 zgonów z powodu raka piersi i jajnika, a także cukrzycy typu II²⁶³. Warto zauważyć, że o karmieniu piersią jako profilaktyce raka piersi również możemy przeczytać na stronie Ministerstwa Zdrowia²⁶⁴. Wczesne wykrywanie raka poprzez badanie ultrasonograficzne (USG) piersi jest również profilaktyką i może być skuteczne w jego wykrywaniu²⁶⁵.

Pomimo działania ochronnego karmienia piersią na kobietę karmiącą, może się zdarzyć, że również ona zachoruje na nowotwór piersi. Dlatego regularne wykonywanie badania USG piersi jest bardzo istotne i jeśli termin takiego badania wypada w okresie trwania laktacji, to również w tym terminie powinno być ono wykonane. Wiemy, że karmienie piersią może

²⁶¹ Scoccianti Ch., Key T.J., Anderson A.S. i wsp., *European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer*, *Cancer Epidemiology* 2015, 39(1):S101-106, <https://doi.org/10.1016/j.canep.2014.12.007> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶² MZ, *Światowy Dzień Walki z Rakiem*, <https://www.gov.pl/web/psse-wabrzezno/swiatowy-dzien-walki-z-rakiem> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶³ Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R., *The cost of not breastfeeding: global results from a new tool*, *Health Policy and Planning* 2019, 34(6):407-417, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁴ MZ, *Mniejsze ryzyko nowotworu dzięki karmieniu piersią*, <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/mniejsze-ryzyko-nowotworu-dzieki-karmieniu-piersia> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁵ Sood R., Rositch A.F., Shakoor D. i wsp., *Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Journal of Global Oncology* 2019, 5:1-17, <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00127> [dostęp: 30.11.2023]



trwać dwa lata i dłużej, a w przypadku urodzenia kolejnych dzieci ten czas może się kumulować nawet do kilkunastu lat. Jest to bezwzględnie zbyt długo, aby móc czekać na wykonanie USG do czasu zakończenia karmienia piersią. Zwykle zaleca się badanie profilaktyczne raz do roku²⁶⁶. Według rozmowy przeprowadzonej z konsultantką NFZ:

„USG piersi refundowane jest tak często, jak często jest potrzeba. Jeśli nic się nie dzieje, zaleca się [przeprowadzić badanie] raz w roku”.

Fakt fizjologicznych zmian w piersiach związanych z produkcją mleka sprawia, że to badanie USG jest wskazane w okresie laktacji w celu diagnostyki, a nie badanie mammograficzne²⁶⁷, a nawet do głównych wskazań zalicza się wyczuwalną masę, gęstą tkankę włóknisto-gruczołową piersi oraz kobiety w ciąży/karmiące piersią²⁶⁸.

Wykrycie raka piersi u kobiety karmiącej za pomocą USG jest możliwe²⁶⁹. Badanie USG może być również wykorzystywane do diagnostyki innych patologicznych zmian, które mogą się zdarzyć w trakcie laktacji i w związku z nią. Najbardziej odpowiednim badaniem wstępnym patologicznej piersi w okresie laktacji jest badanie ultrasonograficzne. Ponadto wiedza na temat patologii związanych z laktacją umożliwia dokładniejsze diagnozowanie i leczenie kobiet karmiących piersią. Z kolei rak piersi w obrazie USG u kobiety w okresie laktacji wykazuje te same typowe cechy, których można by się spodziewać u kobiet niekarmiących. Istotne jest również zbadanie okolicznych węzłów chłonnych, aby wykluczyć przerzuty²⁷⁰.

Pomimo tego wszystkiego, co do tej pory napisałyśmy, badanie USG piersi było jedną z częstszych odpowiedzi na pytanie w naszej ankiecie o to, jakiego świadczenia

²⁶⁶ Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ, *Poradnik profilaktyczny o wczesnym wykrywaniu raka piersi*, Szczecin 2018, s.18, https://www.nfz-szczecin.pl/files/6049_rozowa_wstazka_katalog_15.05_nr_2.pdf [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁷ Geddes D.T., *Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application*, International Breastfeeding Journal 2009, artykuł nr 4, <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-4> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁸ Malherbe K., Tafti D., *Breast Ultrasound*, StatPearls Publishing 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557837/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁹ Haliloglu N., Ustuner E., Ozkavukcu E., *Breast Ultrasound during Lactation: Benign and Malignant Lesions*, Breast Care (Basel) 2019, 14(1):30-34, <https://doi.org/10.1159/000491781> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁰ Geddes D.T., *Ultrasound imaging of the lactating...*, j.w.



medycznego/badania odmówiono kobiecie. Spośród kobiet, którym odmówiono jakiegokolwiek świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty (patrz Ryc. 6.5. i Ryc. 6.6. w poprzednim podrozdziale), aż 22,0% z nich usłyszało odmowę skierowania na badanie USG piersi. Ginekolodzy nie tylko nie informują (zob. podrozdział 2.1.1.), o tym, iż karmienie piersią jest profilaktyką raka piersi, trzonu macicy i jajnika (zob. *Zdrowie w mleku matki* oraz podrozdział 2.1.1.), ale jeszcze odmawiają pacjentkom karmiącym badań profilaktycznych.

Najpierw spójrzmy na przykłady potwierdzające, że jest to możliwe i że wielu lekarzy kieruje na badanie USG, w tym profilaktyczne, kobiety będące w trakcie laktacji. Radiolożka pochwaliła wykonanie badania USG w trakcie laktacji.

„Pani doktor bardzo pochwałała to, że karmię i że robię USG w tym czasie, więc trafiłam dobrze”. (K9)

„USG piersi miałam. Mój mąż jest radiologiem także wiedzieliśmy, że to nie jest problem”. (K35)

„Lekarz powiedziała, że nie ma znaczenia to, czy karmię piersią, w sensie dla niej w obrazie. Ona to przeprowadzi i będzie wiedziała tak samo”. (K56)

„Mam skierowanie na USG piersi kontrolnie rok po porodzie i idę w przyszłym tygodniu nawet. Też zapytałam się pani ginekolog »Czy tak bez problemu lekarz zrobi w trakcie karmienia?«. Ona mówi, że »Tak, tak«. Ja też już jestem doksztalcona, że można robić tylko nie każdy lekarz się podejmuje”. (K16)



„Byłam bardzo pozytywnie zaskoczona. Ten lekarz, który mi robił to pierwsze USG, wypisał mi, że piers laktacyjna, obraz nieostry czy nieczytelny, ale że guz jest widoczny i że on zleca dalszą diagnostykę także, to było bardzo pozytywne”. (K32)

Jak widać, istnieje grono specjalistów, którzy nie widzą żadnych przeszkód w wykonaniu tego badania w czasie laktacji. Tacy specjaliści są polecani wśród kobiet karmiących, które przekazują sobie kontakty do nich.

„To było u tego samego ginekologa, który prowadził moją ciążę. Powiedziałam, że nie miałam robionego nigdy USG piersi, że chciałabym, skoro już jestem, poprosić o skierowanie na to badanie. »Ale pani karmi przecież«, powiedział, że będą powiększone chyba gruczoły, nie pamiętam dokładnie, ale mówił o powiększeniu czegoś i że to będzie znowu do kontroli. Widziałam, że był niechętny, aby to skierowanie dać, więc sobie odpuściłam, ale poszłam na USG już w ramach pakietu ubezpieczeniowego prywatnego i tam poinformowałam, że karmię piersią. Skoro są kanaliki powiększone, to logiczne dla radiologa z czym to się wiąże, widzi obraz i wie o co chodzi. Z polecenia oczywiście poszłam, że jeśli karmiąca no to jak najbardziej do tej pani”. (K30)

Osobiście spotkałyśmy się plakatami promującymi wykonywanie USG w czasie laktacji i ciąży w poradniach “K”. Co zatem sprawia, że ginekolog nie chce wypisać skierowania na to badanie? Biorąc pod uwagę aktualną wiedzę medyczną oraz stanowisko NFZ, odmowa skierowania pacjentki karmiącej na to badanie jest dyskryminacją (zob. wypowiedzi P6/KM pod koniec podrozdziału 6.2.).



„Odmowa skierowania na USG piersi od lekarza ginekologa, bo »w czasie laktacji nie wykonuje się USG piersi«. Lekarz radiolog wykonujący badanie nie miał zastrzeżeń co do karmienia i wykonywania badań”. (wiek dziecka:12 miesięcy, A1146)

Jedna z kobiet przyznała, że zalecenie wykonania badania po okresie karmienia piersią uśpiło jej czujność i nie badała się przez kilka lat.

„Tutaj mam na pewno spore tyły. Miałam taką wizytę ginekologiczną przy pierwszym dziecku, gdzie mi się stworzył jakiś zastój i wtedy miałam robione USG. Lekarka mi powiedziała, że warto by było to USG powtórzyć, żeby zobaczyć prawidłowy obraz tych piersi, ale »Dopiero, jak skończy pani karmić«. Taki dostałam przekaz i prawdę powiedziawszy od tego czasu nigdy nie zrobiłam USG. Ono nigdy nie zostało zaproponowane, także podczas prowadzenia ciąży. Natomiast ostatnio rozmawiałam z koleżanką, która ma jakieś zmiany i powiedziała »Wiesz, że powinnaś sobie robić USG nawet jak karmisz piersią?«. Ja powiedziałam »Tak?« i to jest taka rzecz, którą na pewno zrobię na jesień, bo ostatnie takie USG miałam wtedy przy tym zastoju, czyli to mogło być jakieś 6 lat temu. To trochę słabo”. (K12)

Kolejna kobieta pomimo zalecenia badania USG dopiero po zakończeniu karmienia, trafiła wcześniej na badanie USG piersi, gdyż miała świadomość, że powinno się takie badanie wykonać w ciąży.

„Zawsze u tego samego pana robię USG. Stwierdził w pierwszej ciąży, że zaprasza jak już przestanę karmić, ale wyszło, jak wyszło.



Powiedziałam »No jestem trochę wcześniej, jestem w kolejnej ciąży i karmię dalej«, powiedział »No dobra, no to zbadamy, a co«, więc zastanawiałam się, czy mnie nie odeśle z kwitkiem, ale nie odesłał”.
(wiek dzieci: rok i 3 miesiące różnicy między dziećmi, K3)

Niestety często personel po prostu nie potrafi różnicować piersi laktacyjnych, więc niechęć do badania w większości wypadków wynika po prostu z braku wiedzy i umiejętności.

"Muszę się badać regularnie, bo moja mama miała raka i miałam tego guza. I to jest często jest tak, że »To co pani mi tu przychodzi. Przecież tu nic nie widać. Ja tu nic nie mogę badać. To nie ma sensu«. USG zrobiłam, ale to było nie na NFZ tylko prywatnie, więc zrobić tak czy siak musieli zrobić. Zwłaszcza, że mam co kontrolować w tym momencie. Mam jakieś guzki, więc robią, ale zawsze jest ten sam temat, że ale to nie ma sensu, to trzeba po karmieniu, skończyć karmić i wtedy przyjść, a nie teraz. Przy USG piersi powtarzano mi, że w czasie laktacji na USG prawie nic nie widać i to nie ma sensu". (K39)

„To jest bardzo duży problem. Jestem w grupie ryzyka nowotworu piersi. Moja mama miała raka piersi, prababcia umarła na raka piersi, więc to ryzyko jest. Już 3. rok karmiłam syna i rok wcześniej już prosiłam lekarza o skierowanie na USG. Powiedział, że bez sensu. Zrobiłam sobie to badanie prywatnie u radiolożki, która jest znana w moim mieście z robienia USG w czasie laktacji. Specjalnie zapytałam: jak to jest, że lekarze nie chcą robić. Odpowiedziała, że wydaje się jej, że to chyba wynika z braku wiedzy, umiejętności, bo może faktycznie jest trochę trudniej, ale to nie znaczy, że tego



się nie da zrobić. Jak są jakieś duże zmiany, to one są często nawet przez te gruczoły mleczne jakoś tam wyciągane i niektórzy specjaliści, którzy robią USG, a są pro karmieniu, po prostu zapisują, że piersi są w trakcie laktacji, przez to gdzieś tam ten obraz może być trudniejszy do diagnozy, ale robią i nie robią żadnych problemów. Po tym swoim USG jak do niego poszłam, to zaczęłam wypytywać, dlaczego nie zaleca USG piersi w trakcie laktacji. Opowiedział »Jak ktoś lubi sobie oglądać gruczoły mleczne, to proszę bardzo«. A coś, co mnie już w ogóle wkurzyło to to, że powiedział, że oni dają skierowanie na USG piersi kobiecie w trakcie laktacji tylko wtedy, kiedy jest widoczny guzek gołym okiem. Widoczny guzek gołym okiem? To już można sobie przecież trumnę kupić. Jestem osobą świadomą, ale ktoś może nie być i po prostu słuchając takiego lekarza może dojść do tego, że się nie zauważy w porę rozwijającego się nowotworu. Także zdecydowałam się napisać skargę, żeby po prostu pan doktor się doszkolił. Taki jest mój postulat w skardze, żeby przeszedł aktualne szkolenie”. (wiek dziecka: 2,5 roku, A622)

„Odmówiono mi USG piersi w ciąży w [nazwa placówki zajmującej się wykrywaniem i leczeniem nowotworów]. Badanie USG w ciąży i w trakcie laktacji było wg. onkolog niediagnostyczne. Sugerowała badanie kontrolne po zakończeniu laktacji. Ostatecznie w trakcie laktacji zostało wykonane, ale radiolog bardzo narzekała i odczułam, że jest BARDZO niezadowolona. Miała pretensje, że takie USG i tak jest niediagnostyczne. Po badaniu inna onkolog także w [nazwa ww. placówki] wyczuła guzek na węzłach



chłonnych, skierowała mnie ponownie na USG. Jak najbardziej widziała sens jego robienia”. (K20)

„USG piersi dopiero po zakończeniu karmienia, nie da się dobrze przeprowadzić USG podczas laktacji, można zmianę nowotworową pomylić z torbielą mleczną”. (ginekolog, wiek dziecka: 12 miesięcy, A102)

„Mam guza w piersi i lekarz powiedział, że przez karmienie będzie go słabiej widać. USG piersi mam zrobić, jak przestanę karmić piersią”. (ginekolog, endokrynolog, wiek dziecka: 3 i 6 miesięcy, A1856)

„USG piersi. W końcu wyprosiłam, ale powiedziano mi, że to bez sensu, a jestem w grupie podwyższonego ryzyka rakiem piersi. Tłumaczył tym, że USG piersi wykonuje się dopiero po zakończeniu karmienia. W trakcie karmienia to nie ma sensu”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 10 miesięcy, A1525)

„Lekarz ginekolog kazał wrócić po skierowanie na badanie USG piersi, jak przestanę karmić, mimo że przekonywałam, że ponoć w ustabilizowanej laktacji można robić to badanie. Powiedział, że to bez sensu, bo nic tam nie będzie widać”. (ginekolog, wiek dziecka: 9 miesięcy, A232)



„Panie techniczki z pracowni mammografii były zdziwione, że podczas laktacji mogłam mieć zrobione USG piersi, mammografię i biopsję”. (A1598)

*„Odmówiono USG piersi i nadal nie mam zbadanych, a bolą mnie. Tłumaczą, że skoro karmię piersią, to badanie będzie nie dokładne”.
(ginekolog, wiek dziecka: 8 miesięcy, A517)*

Jak wspominałyśmy, badanie USG piersi może być również pomocne w diagnozowaniu problemów laktacyjnych, niestety nie zawsze personel posiada wiedzę, że można wdrożyć taką diagnozę, jak to wynika z ostatniego powyższego cytatu. W przypadku kolejnej kobiety lekarz wykazał się pełnym zrozumieniem i zalecał diagnostykę z wykorzystaniem badania ultrasonograficznego.

"Trafiłam do jakiegoś takiego pana, który powiedział, że to w ogóle bez sensu badać piersi, że on mi zrobi to USG, ale to nic nie widać, bo są te gruczoły przerośnięte, a drugie USG piersi miałam też w tej samej placówce. Tam już bez problemu mi je zrobili po prostu. Bez komentarza, że jak jest laktacja to bez sensu. Ja miałam dużo problemów. Bardzo często mi się robiły zastoje. Miałam zapalenia piersi też, zgłaszałam lekarzowi, więc też właśnie mówił, że warto badać te piersi czy to faktycznie te guzki są, czy tylko zastoje, czy tam się coś nie dzieje". (K45)





Problem!

Zdarza się, że ginekolodzy odmawiają skierowania na badanie USG piersi wyłącznie z tego powodu, że pacjentka karmi piersią. Bywa, że personel wykonujący USG piersi nie posiada wiedzy z zakresu badania piersi laktacyjnych przez co zniechęca matki do wykonywania badania. Może to uśpić czujność kobiety i sprawić, że zmiany nowotworowe nie zostaną wykryte na wczesnym etapie.

6.2.2. RTG I INNE BADANIA OBRAZOWE

Istnieje wiele badań obrazowych, których wykonania mogą potencjalnie potrzebować również kobiety karmiące piersią. Jednym z częstszych badań jakie może być zlecone matce będącej w okresie laktacji jest badanie rentgenowskie (RTG). Wiele badań czy rekomendacji wskazuje, że po przeprowadzonym badaniu RTG nie wymaga się kończenia czy przerywania karmienia piersią i badanie to uznawane jest za bezpieczne w okresie laktacji^{271, 272, 273, 274}. Promienie rentgenowskie są obecne tylko w czasie wykonywania zdjęcia i nie pozostawiają promieniowania ani radioaktywności w organizmie ani w mleku²⁷⁵.

²⁷¹ Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology and Nuclear Medicine Studies in Lactating Women*, Academy of Breastfeeding Medicine 2019, 14(5):290-294, <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29128.kbm> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷² E-lactancia, X-ray, <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/x-ray/product/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷³ Szugye H., Murra A., Lam S.K., *A new policy update on breastfeeding: What all clinicians need to know*, Cleveland Clinic Journal of Medicine 2023, 90(8):469-473, <https://doi.org/10.3949/ccjm.90a.22099> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁴ Nhering-Gugulska M., *Karmienie piersią a badania radiologiczne*, Medycyna Praktyczna 2013, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/lista/93015,karmienie-piersia-a-badania-radiologiczne> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁵ LactMed, X-rays, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501445/> [dostęp: 30.11.2023]



Przerywanie karmienia piersią NIE jest również potrzebne w przypadku tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (MRI) i można je rutynowo wykonywać u kobiet karmiących piersią²⁷⁶. Z kolei podanie kontrastu podczas tych badań często budzi wątpliwości wśród personelu medycznego nieposiadającego aktualnej wiedzy. Amerykańska Akademia Pediatrii wskazuje, że według American College of Radiology podawanie gadolinu lub jodowego środka kontrastowego²⁷⁷ (nie mylić z jodem znakowanym radioaktywnie) nie stanowi przeciwwskazania do karmienia piersią. Matki otrzymujące te środki kontrastowe NIE muszą przerywać karmienia piersią lub odciągać i wylewać pokarmu²⁷⁸. Bardzo małe potencjalne ryzyko związane z wchłanianiem ww. środków kontrastowych jest niewystarczające, aby uzasadnić wstrzymanie karmienia piersią²⁷⁹. Co więcej, producenci niektórych takich środków informują wprost w ChPL: "Produkty lecznicze zawierające gadolin przenikają w bardzo małych ilościach do mleka matki. W dawkach klinicznych nie należy spodziewać się wpływu na niemowlę ze względu na małą ilość wydalaną z mlekiem i słabe wchłanianie z jelita"²⁸⁰ oraz "Środek kontrastujący w niewielkich ilościach przenika do mleka kobiecego oraz w niewielkich ilościach jest wchłaniany przez jelita. Karmienie piersią może być kontynuowane w momencie, gdy środek kontrastujący podawany jest matce"²⁸¹.

Istnieją również badania obrazowe z wykorzystaniem radiofarmaceutyków, np. scyntygrafia. W zależności od rodzaju użytego środka radioaktywnego może być zalecane tymczasowe (nawet do 3 tygodni) lub zalecane odstawienie dziecka od piersi w celu ochrony dziecka przed spożyciem związku radioaktywnego zawartego w mleku matki na czas konieczny do ustania emisji promieniowania (czasem nawet na długi czas, choć zalecenie wielotygodniowych odstępów zdarza się niezwykle rzadko), choć są i takie związki, które nie przenikają do mleka matki w klinicznie istotnych ilościach, np. fludeoksyglukoza (FDG) – wykorzystywana w badaniu PET, po którym można podać odciągnięte mleko matki, ale ze względu na radioaktywność skoncentrowaną w samej tkance piersi konieczne jest

²⁷⁶ Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology...*, j.w.

²⁷⁷ The Society of Radiographers, *SoR joint statement on safety of breastfeeding after contrast agent: Evidence indicates cessation of breastfeeding not required*, 2022, <https://www.sor.org/news/sor/sor-issues-joint-statement> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁸ 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]

²⁷⁹ Tamże.

²⁸⁰ *CHpL Gadovist*, <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/10409/characteristic> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸¹ *CHpL Omnipaque*, <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/10278/characteristic> [dostęp: 30.11.2023]



ograniczenie kontaktu z matką na np. 12 h (w zależności od podanej dawki promieniowania)^{282, 283}. Ten przykład pokazuje, że zalecenia związane z wykonaniem badań obrazowych z zakresu medycyny nuklearnej mogą znacząco się od siebie różnić w zależności od stosowanego środka radioaktywnego czy stosowanej jego dawki i należy korzystać z aktualnych źródeł, aby udzielić właściwych rekomendacji matce karmiącej. Zalecenia dla poszczególnych badań/radiofarmaceutyków zostały szczegółowo opisane w protokole Academy of Breastfeeding Medicine²⁸⁴. Badacze sugerują, że można przeprowadzić indywidualne badanie odciągniętego mleka, aby upewnić się, że radioaktywność nie jest już zagrażająca przed ewentualnym wznowieniem karmienia piersią²⁸⁵.

Odnotowałyśmy, że w trzech przypadkach odmówiono kobietom scyntygrafii, która jest badaniem opartym na wprowadzeniu do organizmu matki radiofarmaceutyków, jednak trudno tutaj ocenić zasadność tej odmowy ze względu na zbyt małą ilość danych. Zawsze też ostateczna decyzja dotycząca wyboru pomiędzy wykonaniem badania, a zakończeniem karmienia piersią powinna należeć do matki i powinna być podjęta po udzieleniu jej opartych na aktualnej wiedzy informacji, co do ryzyka dla niej samej (związanego z niewykonaniem badania) i dziecka (w związku z wykonaniem badania).

Powyższy przykład nie jest jednoznaczny, jednak kobiety spotkały się wielokrotnie z odmową świadczeń, których bezpieczeństwo w laktacji jest bardziej oczywiste. Wielokrotnie pacjentkom odmówiono badania RTG takich części ciała jak: kręgosłup, kolana, biodro, płuca/klatka piersiowa, staw żuchwowy, zatoki, zęby. Zdarzyło się, że odmówiono kobietom tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, ale częściej rezonansu magnetycznego z kontrastem.

Jedna z kobiet usłyszała zalecenie odstawienia dziecka od piersi i wskazała, czym uzasadniono takie zalecenie:

²⁸² Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology...*, j.w.

²⁸³ LactMed, *Fludeoxyglucose F18*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501716/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸⁴ Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology...*, j.w.

²⁸⁵ Sachs H. Ch. i wsp., *The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics*, American Academy of Pediatrics – Committee on Drugs, *Pediatrics* 2013, 132(3):e796–e809, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985> [dostęp: 30.11.2023]



„Podaniem kontrastu i zrobieniem RTG płuc. Nie słuchałam radiologa. Zażądałam informacji o nawie leku, który mi podano. W ulotce leku było napisane, że można karmić. Takie same zdanie miała pediatra mojego dziecka”. (wiek dziecka: 12 miesięcy, A2386)

„Lekarz POZ powiedziała, że jak będę potrzebować skierowanie na RTG płuc, to mi wystawi, ale będę musiała przestać karmić na kilka dni po badaniu. (lekarz POZ, wiek dziecka: 14 miesięcy, A1859)

„Pielęgniarka robiąc mi zdjęcie rentgenowskie powiedziała, że nie wie jak ono wpływa na pokarm, więc dla bezpieczeństwa powinnam odciągnąć mleko i wylać. Oczywiście wiedziałam, że to bzdura”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1538)

„Przy MRI z kontrastem była informacja, żeby 24 godziny nie karmić. Olałam”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A226)

Poniżej tylko niektóre z wielu odpowiedzi na pytanie, jakiego świadczenia medycznego/badania kobiecie odmówiono i jakie było uzasadnienie odmowy:

*„RTG. Że RTG zniekształci mi kanaliki”.
(lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 5 miesięcy, A1855)*

„RTG kolan. Karmienie piersią – zły wpływ RTG”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 1 miesiąc, A1904)



„RTG zatok, RTG biodra, wyrwania ósemek. Przenika do mleka”.
(dentysta, ortopeda, laryngolog, wiek dziecka: 2 miesiące, A2269)

„RTG zębów. Jeśli karmię, to nie. Tak po prostu – lepiej nie”.
(dentysta, wiek dziecka: 4 miesiące, A855)

„RTG płuc na medycynie pracy. Usłyszałam, że lepiej unikać RTG
podczas karmienia piersią”. (lekarz rodzinny/internista,
wiek dziecka: 15 miesięcy, A242)

„Rentgen zęba, który finalnie doszedł do skutku. Brak zrozumiałego
dla mnie powodu”. (dentysta, wiek dziecka: 15 miesięcy, A1091)

„3 lata temu operowałam haluksy i niestety w jednej ze stóp zostało
mi trochę obrzęku i nikt nie wiedział, co z tym zrobić. Przeszkadzało
mi to przy wyborze obuwia itd. Już będąc po porodzie stwierdziłam,
że zajmę się tym i pierwsza informacja jaką otrzymałam od mojego
lekarza to, że powinnam wykonać rentgen stóp, żeby zobaczyć,
co się tam dzieje. Poprosiłam o skierowanie. Padło, czy nie jestem
w ciąży, czy nie karmię piersią. Powiedziałam, że w ciąży nie
jestem, ale karmię piersią. Wtedy mi powiedziano, że jeżeli karmię
piersią, to absolutnie nie mogę mieć wykonanego rentgena,
ponieważ »Mleko zostanie naświetlone i po co to pani?« i żeby się
wstrzymać, aż przestanę karmić piersią. Od razu miałam takie
odczucie, że lekarz założył, że to karmienie piersią, to jest taki krótki
epizod w życiu kobiety, więc w zasadzie, co mi tam za różnica czy
miesiąc później, czy wcześniej zrobię ten rentgen. Byłam bardzo



zaskoczona, ale ten lekarz był, tak miałam wrażenie, przekonany do swojej wizji, że nawet nie chciało mi się już z nim dyskutować i przekonywać go, że to co mówi, to są jakieś głupoty. Szczerze mówiąc odpuściłam temat, każde wybranie się do lekarza, to jednak była trochę wyprawa logistyczna i stwierdziłam, że przeszkadza mi to aż tak bardzo i zajmę się tym po prostu później". (K21)

Kobieta z ostatniej historii odłożyła diagnostykę na później, gdyż wiązało się to dla niej z dużym wysiłkiem. Jak już wspominałyśmy wielokrotnie, nieprawidłowe zalecenia mogą zniechęcić kobietę do dalszej diagnostyki czy do leczenia, co stwarza ryzyko dla jej zdrowia. Z tego powodu wiele z kobiet mając realną obawę, że zostanie im odmówione badanie, nie przyznają się do swojej wiedzy lub podpisują oświadczenia, w których zobowiązują się do przestrzegania zaleceń, pomimo tego, że wiedzą, iż są one bezzasadne. Często kobiety nie mają przestrzeni, aby uświadamiać personel, co do błędnych zaleceń. Boją się reagować, bo mogłoby to być zagrażające, w kontekście potencjalnej utraty świadczenia.

„Zaczęłam mieć problemy z bólami brzucha, więc lekarz skierował mnie na USG, na którym wyszło coś na wątrobie i dostałam zalecenie zrobienia rezonansu jamy brzusznej. Byłam bardzo przygotowana na to, że jednak w tym kraju odstawienie od piersi jest na wszystko i leków praktycznie już żadnych »nie można« przy nie posiadającego karmieniu piersią, więc pielęgniarka zadała mi pytanie o karmienie piersią. Przy samym przygotowaniu do badania zawsze pada jednak to pytanie, więc powiedziałam, że karmię piersią i dostałam informację, że nie mogę karmić przez 48 godzin. Byłam na to przygotowana, że dostanę taką informację, więc powiedziałam, że tak, że jestem przygotowana, że jestem świadoma. Natomiast później ta sama pielęgniarka jeszcze 2 razy się upewniała, czy wiem, że nie mogę karmić przez 48 godzin.



Nie chciałam się wdawać w dyskusje, bo weryfikowałam dużo wcześniej, czy podanie tego kontrastu do rezonansu może zaszkodzić i czytałam nawet zagraniczne badania naukowe, z których wprost wynikało, że nie, że to jest bezpieczne i że spokojnie można karmić, więc po prostu zignorowałam tę uwagę. Tym bardziej, że często ludzie na uwagi reagują raczej tak bardzo defensywnie, a mimo wszystko jednak rezonans jest dość istotny, więc lepiej byłoby nie stracić terminu nawet”.

(wiek dziecka: 8 miesięcy, K34)

„Musiałam podpisać, że odstawię dziecko na 24 godziny po RTG kręgosłupa”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 12 miesięcy, A359)

Ponownie podkreślamy, iż pacjentka powinna mieć możliwość podjęcia decyzji. Nie ma podstaw prawnych, które uzasadniają przymus podpisywania podobnych oświadczeń. Ewentualnie, pacjentka może podpisać formularz świadomej zgody na badanie.

Jednej z kobiet prawie odmówiono badania.

„Miałam rezonans magnetyczny z kontrastem. Wtedy karmiłam już prawie 3 lata i powiedzieli, że nie mogą mi podać kontrastu. Powiedziałam, że wiem, że mogą i poproszę. »To musi pani w takim razie tutaj napisać«. Napisałam, że to jest moja odpowiedzialność. »Ale wie pani, ja jednak na pani miejscu bym to mleko wylała i odczekała 24 godziny«. Potem znalazłam artykuł naukowy po angielsku i pokazałam tej radiolożce, a ona nawet nie chciała patrzeć, natomiast pielęgniarka poprosiła mnie o to, żebym jej przesała ten artykuł. Pielęgniarka była bardziej zainteresowana.



Tamta lekarka prawdopodobnie poczuła się po prostu urażona”.

(A622)

Zdarza się, że szpitale wydają na piśmie informacje o przygotowaniu do badania. Jest to miejsce, w którym można zawrzeć informację o bezpieczeństwie danego badania względem karmienia piersią. Z własnego doświadczenia wiemy, że czasem nawet wtedy, gdy taka informacja jest zawarta w oficjalnych dokumentach szpitala, to i tak zdarza się, że personel zaleca przerwę w karmieniu, odciąganie i wylewanie pokarmu.



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny odmawia kobietom skierowania na badanie RTG, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową (w tym z podaniem kontrastu), co nie znajduje uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej i naraża kobietę na brak diagnostyki i możliwe ryzyko zdrowotne dla niej. Zdarza się, że kobiety słyszą nieuzasadnione zalecenia odciągania i wylewania pokarmu w ww. przypadkach.



6.2.3. OPIEKA STOMATOLOGICZNA

Kobieta karmiąc piersią może i powinna, jeśli jest taka potrzeba, leczyć się stomatologicznie. Wskazuje się na brak przeciwwskazań do znieczulenia stomatologicznego^{286, 287} oraz wypełnienia czy leczenia kanałowego w okresie trwania laktacji²⁸⁸. Ekstrakcja zęba wiąże się również z podaniem znieczulenia i dodatkowych leków, a o tym, że dobranie bezpiecznych podczas karmienia piersią leków jest możliwe pisałyśmy wcześniej, dlatego również nie ma przeciwwskazań do tego, aby kobieta karmiąca rezygnowała z takiego zabiegu. Dentyści powinni znać zakres leków niosących znikome ryzyko dla dziecka karmionego piersią. Leczenie kanałowe w szczególności może się wiązać z koniecznością wykonania badania RTG zęba/ów, natomiast jak pisałyśmy w poprzednim podrozdziale, badanie takie nie ma wpływu na pokarm matki. Pomimo tego karmienie piersią bywa uznawane za przeszkodę w leczeniu matki przez lekarzy stomatologów i niektórzy z nich odmawiają pacjentkom karmiącym świadczeń lub zalecają zakończenie karmienia piersią.

*„Odmówiono mi leków przeciwbólowych po usunięciu zęba.
Dziecko miało 14 dni”. (A487)*

*„Odmówiono mi znieczulenia u stomatologa i próbowano zrobić
leczenie kanałowe w taki właśnie sposób, bo to zaszkodzi dziecku,
nie wolno stosować znieczuleń miejscowych przy karmieniu piersią.
Mimo moich argumentów, pani stomatolog trzymała się swojego
zdania”. (wiek dziecka: 8 miesięcy, A140)*

²⁸⁶ Ortega D., Viviand X., Lorec A.M. i wsp., *Excretion of lidocaine and bupivacaine in breast milk following epidural anesthesia for cesarean delivery*, Acta Anaesthesiol Scand 1999, 43(4):394-7, <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.1999.430405.x> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸⁷ Mitchell J., Jones W., Winkley E. and Kinsella S.M., *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, Association of Anaesthetists 2020, 75: 1482-1493, <https://doi.org/10.1111/anae.15179> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸⁸ Jones W., *Dental Treatment and Breastfeeding Mothers*, The Breastfeeding Network 2022, <https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/factsheet/dental-treatment/> [dostęp: 30.11.2023]



„Odmówiono antybiotyku, podania znieczulenia u dentysty, bo znieczulenie przenika do mleka”. (wiek dziecka: 1 rok, A1692)

Część spośród ankietowanych usłyszała od swojego dentysty, że muszą odłożyć zabieg stomatologiczny na czas po zakończeniu karmienia lub zrobić sobie przerwę w karmieniu. Biorąc pod uwagę znikome ryzyko dla dziecka taka przerwa jest nie tylko niepotrzebna, ale wręcz szkodliwa. Takie zalecenie wynika z niewiedzy, niezrozumienia fizjologii laktacji, ale także a może przede wszystkim tego, jak istotne jest dla samego dziecka mleko mamy. Przerwa w karmieniu czasem równoznaczna jest z dużymi trudnościami z dalszym karmieniem lub może wiązać się nawet z końcem karmienia.

„Dentysta powiedział, że muszę odstawić dziecko na czas antybiotyku - 2 tygodnie”. (wiek dziecka: 24 miesiące, A1308)

„Że znieczulenie przechodzi do mleka matki. Musiałam przyjść innym razem, żeby zachować odpowiedni według dentysty czas do kolejnego karmienia”. (wiek dziecka: 9 miesięcy, A2304)

“Po tym co przeżyłam, przypadkowo wczoraj, u dentysty, stwierdzam, że każdy lekarz powinien dostać przymusowe szkolenie z wiedzy o wpływie leków na karmienie. [nazwa leku], [nazwa leku] i znieczulenie miejscowe przy usuwaniu zęba nie mają wpływu na karmienie (wg e-lactancii), a lekarze o tym nie wiedzą i każą wylewać mleko lub odstawiać dziecko. Zabieg usuwania zęba mam 30.8. i będę musiała skłamać, że odstawiłam dziecko”. (A1134)



„Pierwszy dentysta, u którego byłam, nie chciał użyć znieczulenia przy leczeniu, gdy okazało się, że potrzebuję leczenia kanałowego powiedział, że mam przyjść jak nie będę już karmiła dziecka”.

(wiek dziecka: 10 tygodni, A2432)

„Brak jakiegokolwiek rozmowy o sposobach leczenia bez konieczności przerywania karmienia przez dentystę + uznanie zakończenia karmienia jak szybka decyzja z dnia na dzień (bez przygotowań mamy i dziecka – nie karmione wcześniej mlekiem zmodyfikowanym)”. (A804)

„Żebym odstawiła, bo takiego dużego chłopaka, to dziwnie karmić. Lekarka odmówiła zatruć okropnie bolącej ósemki z zapaleniem miazgi (na ekstrakcję musiałam poczekać tydzień), mówiła, że będę musiała wylewać mleko po znieczuleniu do ekstrakcji. Sugerowała, żebym go odstawiła teraz to wtedy będzie mogła mi pomóc. Zmieniłam lekarza ;)”. (wiek dziecka: 1,5 roku, A797)

W niektórych przypadkach zalecano odciągnięcie i wylanie mleka po zastosowaniu znieczulenia dentystycznego, co jest błędem. Po pierwsze, ze względu na wspomniany brak przeciwwskazań do karmienia piersią po otrzymaniu znieczulenia. Po drugie, wynika to z mechanizmu ewentualnego przenikania leków do mleka matki. Bowiem zdecydowana większość leków, która przenika do mleka, nie kumuluje się w mleku w piersiach (tak, aby można było pierś opróżnić z tego leku wraz z odciągniętym mlekiem), tylko tak długo jak lek się utrzymuje w krwi matki, tak długo znajduje się w mleku, czyli zgodnie z gradientem stężeń (innym zagadnieniem jest to, czy ilość leku dostarczana z mlekiem stanowi bezpieczną – nieistotną klinicznie, czy nie, dawkę dla dziecka)²⁸⁹.

²⁸⁹ na podstawie wykładu: Morze K., *Co zdarzyło się dwieście tysięcy lat temu? Czyli jak i dlaczego leki przenikają do mleka*, Laktacyjne wykłady i webinary dla studentów 2023, Stowarzyszenie Małyssak



„Znieczulenie podobno miało się przedostać do mleka, dentystka poradziła odciągnąć je i wylać. Nie zrobiłam tego oczywiście, z innych źródeł wiem, że to nie jest wskazanie do odstawienia dziecka lub podania mieszanki”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A1822)

„Może nie do końca odmówiono świadczenia, ale stomatolog stwierdziła, że przy żadnym znieczuleniu nie wolno karmić piersią i zaleciła mleko po wizycie odciągnąć i wylać, bo przy żadnym znieczuleniu nie wolno karmić piersią”.

(wiek dziecka: 7 miesięcy, A537)

„Syn miał 4 tygodnie i już musiałam iść do dentysty. Doktor powiedział, że pierwszy pokarm trzeba będzie odciągnąć i wylać. Później zdarzyło mi się ze 2 razy mieć znieczulenie w trakcie karmienia i karmiłam normalnie, bo zasięgnęłam wiedzy, że można, więc to była nie tyle, że niechęć tylko taka dziwna porada”. (K14)

„Dentysta zalecał niekarmienie 3 godziny po znieczuleniu i ściąganie mleka. Wiedziałam, że nie trzeba tak robić, więc tego nie zrobiłam. Wtedy u dentysty nie byłam do końca pewna i nie chciałam się wymądrzać, więc sprawdziłam to dopiero w domu”.

(K35)



Zdarzały się również pozytywne przykłady:

„Miałam jakąś operację stomatologiczną, ale lekarz był zorientowany i wiedział jaki antybiotyk mogę dostać po zabiegu, więc ogólnie nie było z tym problemu”. (K26)

„Byłam na leczeniu kanałowym zęba trzy miesiące temu i akurat lekarz bez problemu mówił, że nie ma problemu mogę karmić normalnie”. (K24)



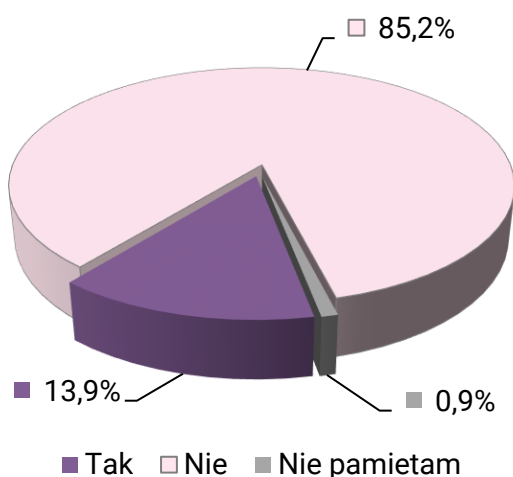
Problem!

Zdarza się odmowa świadczeń stomatologicznych wyłącznie ze względu na trwającą u pacjentki laktację lub zachęcanie kobiet do zakończenia karmienia piersią, aby mogły podjąć leczenie stomatologiczne.

6.3. POBYT MATKI W SZPITALU

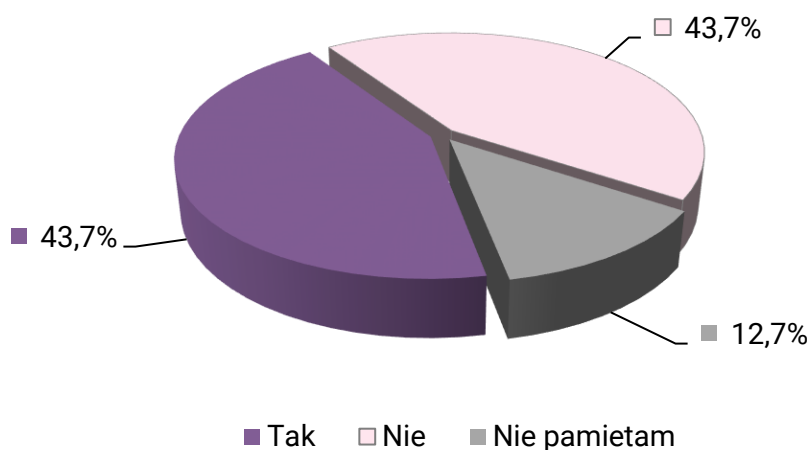
Zdarza się, że kobieta karmiąca jest hospitalizowana. Spośród kobiet, które w pytaniu o to, czy leczyły się w trakcie swojej laktacji 13,9% kobiet odpowiedziało, że przebywało w szpitalu, a 85,2% nie leczyło się szpitalnie, zaś kolejne 0,9% tego nie pamięta (Ryc. 6.7.).





Ryc. 6.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy przebywałaś w szpitalu w okresie trwania Twojej laktacji?” (% , N=904)

Kobiety, które leczyły się szpitalnie w trakcie trwania laktacji oceniły, że personel medyczny podczas ich pobytu w szpitalu wspierał je w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji (43,7%), ale również były takie respondenci, które wskazały, że takiego wsparcia nie otrzymały (43,7%), zaś 12,7% kobiet nie pamiętało, czy je wspierano (Ryc. 6.8.).



Ryc. 6.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny podczas Twojego pobytu w szpitalu wspierał Cię w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji?” (% , N=126)



Rozłąka z dzieckiem karmionym piersią może stanowić utrudnienie i wyzwanie dla matki i dziecka w kontekście utrzymania laktacji i karmienia piersią, tym większe im młodsze jest dziecko. Mogą pojawić się laktacyjne problemy (np. obrzęk, zastój, zapalenie piersi), laktacja może zostać zaburzona czy nawet ulec zahamowaniu, jeśli kobieta nie jest odpowiednio przygotowana i nie otrzymuje odpowiedniego wsparcia od personelu medycznego. Dlatego niezbędne jest wyrozumiałe podejście personelu, zrozumienie i udzielanie wsparcia, jak również komfortowe warunki do odciągnięcia mleka czy to ręcznego, czy laktatorem i możliwość przechowywania mleka oraz regularnego przekazywania go rodzinie. Jednak najbardziej komfortową sytuacją jest, gdy szpital umożliwia pobyt na oddziale szpitalnym także dziecku. Taka sytuacja jest możliwa, a za podstawę prawną służy ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

„1. Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami”
(art. 33. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)





Droga kobieto!

Polecamy artykuł pt. *Mamy Prawa! Karmienie piersią w sytuacjach szczególnych*, który powstał w ramach akcji „Mamy Prawa!” Fundacji Matecznik, autorstwa mgr farmacji Karoliny Morze²⁹⁰, w którym znajdziesz wskazówki co możesz zrobić, aby dziecko mogło być razem z Tobą podczas Twojej hospitalizacji czy być obecne na oddziale/w szpitalu na czas karmień, a także czym różni się sytuacja, gdy Twój pobyt w szpitalu jest zaplanowany, a czym, kiedy potrzebujesz pomocy nagłej. W artykule została wskazana opinia Rzecznika Praw Pacjenta: „ochrona więzi rodzinnych wymaga, aby w szczególnych sytuacjach kontakt osobisty z osobami z zewnątrz był umożliwiony nawet poza ustalonymi godzinami odwiedzin, bez konieczności opuszczania przez pacjenta terenu podmiotu”, a pobyt dziecka karmionego piersią, jest uznawany za sytuację szczególną. Również jak wskazuje autorka „Podczas planowania pobytu w szpitalu z dzieckiem trzeba zawsze rozważyć stosunek korzyści z karmienia piersią do ryzyka z przebywania z dzieckiem na oddziale szpitalnym (są takie oddziały, gdzie ryzyko zarażenia szpitalnym patogenem jest wyższe, jak również narażenie na kontakt drogą wziewną z lekami stosowanymi na oddziale jest wysokie)”. Link do artykułu: <https://fundacjamatecznik.pl/mamy-prawa-karmienie-piersia-w-sytuacjach-szczegolnych/>

²⁹⁰ Morze K., *Mamy Prawa! Karmienie piersią w sytuacjach szczególnych*, Fundacja Matecznik 2019, <https://fundacjamatecznik.pl/mamy-prawa-karmienie-piersia-w-sytuacjach-szczegolnych/> [dostęp: 30.11.2023]



Niekiedy umożliwia się kobietom pobyt w szpitalu razem z dzieckiem:

„Byłam sama na sali z dzieckiem”. (wiek dziecka: 3 miesiące, A856)

“Mogłam mieć dziecko przy sobie przez cały okres leczenia w szpitalu, żeby tylko karmić”. (wiek dziecka: 25 dni, A1497)

„Dostałam jednoosobową salę, żebym mogła być z dzieckiem przez cały czas”. (wiek dziecka: 10 dni, A1670)

“Nie chciano w ogóle zostawić ze mną dziecka, mimo że trafiłam do szpitala z krwotokiem wskutek błędu przy porodzie. Po długich dyskusjach dziecko zostawiono przy mnie z uwagą, że robią to w drodze wyjątku i powinnam być za to wdzięczna. Chciano odesłać dziecko z tatą do domu i kazać podawać mieszankę przez te dwie doby, które byłam w szpitalu”. (wiek dziecka: 7 dni, A392)

Jak widać w powyższym przypadku, bywa, że kobieta musi wykazać się dużą determinacją, aby pobyt dziecka razem z nią był możliwy. Kiedy jednak nie zostanie to umożliwione lub kobieta i personel podejmą decyzję, że taki pobyt dziecka z matką na oddziale stwarzałby większe ryzyko zdrowotne dla dziecka, to personel może wesprzeć matkę w inny sposób. Niektóre z kobiet otrzymywały wsparcie w utrzymaniu laktacji czy dodatkową pomoc od personelu medycznego. Oto jak pisały o tym wsparciu udzielanym przez personel:

„Dawał rady, przynosił pomoce do odciągania oraz przechowywania mleka” (wiek dziecka: 5-15 dni, A65)



„Tak, sugerował możliwość oddania odciągniętego mleka ojcu, by ten nakarmił nim dziecko”. (wiek dziecka: 17 miesięcy, A166)

„Byłam powtórnie łyżeczkowana, prosiłam o użycie takich procedur i leków, które pozwolą mi na dalsze karmienie – uszanowano moją prośbę”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, K20)

„Lekarze i pielęgniarki zachęcali, by jak najczęściej przystawiać dziecko do piersi (tygodniowa hospitalizacja z powodu norowirusa u dziecka a potem u mnie)”. (wiek dziecka: 1 rok, A1305)

„Zapewnił mi spokój i prywatność na sali abym mogła odciągnąć mleko”. (wiek dziecka: 7 miesięcy, A173)

„Mąż mógł przychodzić po mleko o każdej porze pomimo pandemii, aczkolwiek »pielgrzymki« studentów nie były fajne, jak odciągałam mleko laktatorem – później już się przyzwyczaiłam, że na salę wchodzi 10 osób, a ja odciągam mleko”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1369)

Zachowanie intymności kobiety podczas odciągania pokarmu może być dla niej bardzo istotne i ważne, aby taka potrzeba była uszanowana, tym niemniej chcemy podkreślić, że otwartość matki w tym zakresie być może sprawiła, że studenci (być może po raz pierwszy) mieli okazję osobiście zobaczyć matkę odciągającą mleko i nauczyć się również tego, że odciąganie mleka w celu utrzymania laktacji i karmienia dziecka mlekiem matki jest po prostu możliwe.

Czasem kobietom udostępniano laktator. Ważne, aby udostępniany kobiecie laktator był laktatorem klasy szpitalnej dostosowanym do bezpiecznego użytku przez wiele kobiet



(możliwość sterylizacji sprzętu, zapewnienie indywidualnych końcówek itp. o czym wspominałyśmy w podrozdziale 3.2.11.), ale też warto dodać, że w sytuacji pobytu kobiety w szpitalu może przydać się kobiecie umiejętność odciągania ręcznego pokarmu (w rozdziale 3.2.9. wskazywałyśmy, że to higieniczny sposób odciągania w wielu sytuacjach, gdyż wymaga jedynie czystych rąk i czystego pojemnika).

“Otrzymałam laktator elektryczny i możliwość przekazywania odciągniętego mleka” (wiek dziecka: 2 tygodnie, A351)

*„Był to zabieg tyżeczowania macicy, w szpitalu, w którym rodziłam. Został mi udostępniony laktator szpitalny oraz pojemniki na mleko”.
(wiek dziecka: 7 dni, A573)*

*„Była u mnie doradczyni laktacyjna, mogłam korzystać z laktatora (a mój się zepsuł w trakcie pobytu w szpitalu)”.
(wiek dziecka: 3 tygodnie, A2138)*

Innym kobietom zapewniono możliwie jak najszybszy wypis ze szpitala:

“Dostałam wypis w dniu zabiegu, żeby nie ciągnąć dziecka do szpitala razem ze mną”. (wiek dziecka: 6 tygodni, A189)

„Regularne odciąganie laktatorem pokarmu, jak najszybszy powrót do dziecka”. (wiek dziecka: 2 miesiące, A175)

„Pobyt w szpitalu był skrócony do minimum, personel interesował się, czy będę ściągać pokarm”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A626)



„Zaplanowanie zabiegu jako pierwszego, żebym mogła jak najszybciej wrócić do dziecka”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1374)

„Moja pani doktor, załatwiła to tak żebym jednego dnia przyszła do szpitala, miała zabieg i tego samego dnia wieczorem z niego wyszła. Żeby laktacja nie została zaburzona, wzięłam ze sobą laktator i odciągałam mleko przed i po zabiegu. A wieczorem normalnie nie ma wypisów, ale moja pani doktor sama mi ten wypis zrobiła i wyszłam do domu”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1374)

W podrozdziale 6.2.3. *Opieka stomatologiczna* wspominałyśmy o bezpiecznych znieczuleniach w kontekście opieki dentystrycznej. Dokument – przewodnik Stowarzyszenia Anestezjologów Wielkiej Brytanii i Irlandii (Association of Anaesthetists), na który się powoływałyśmy, wskazuje na jeszcze szerszą gamę środków anestezjologicznych, nie tylko miejscowych, niosących znikome ryzyko dla karmionego piersią lub mlekiem maki dziecka, gdyż jak wskazano leki znieczulające i nieopiodowe leki przeciwbólowe przenikają do mleka kobiecego jedynie w bardzo małych ilościach i dla prawie wszystkich leków stosowanych w okresie okołoperacyjnym nie udowodniono wpływu na niemowlę karmione piersią²⁹¹. Podanie leków jak opioidy i benzodiazepiny również nie są zakazane, natomiast należy stosować je ostrożnie, zwłaszcza po wielokrotnym podaniu dawek i gdy dziecko karmione piersią ma do 6. tygodnia życia (również wieku korygowanego ze względu na wiek ciążowy). W tej sytuacji należy obserwować niemowlę pod kątem objawów nadmiernej senności i spowolnienia oddechu, szczególnie jeśli u kobiety występują również objawy sedacji²⁹². Wskazane wytyczne zawierają również dane farmakokinetyczne dotyczące leków stosowanych podczas znieczulenia, aby zapewnić anestezjologom wiedzę niezbędną do wspierania kobiet w okresie laktacji oraz aby zminimalizować przerwy w karmieniu piersią po zabiegu. Wskazano również, że²⁹³:

²⁹¹ Mitchell J., Jones W., Winkley E., Kinsella S.M., *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, Association of Anaesthetists 2020, 75(11):1482-1493, <https://doi.org/10.1111/anae.15179> [dostęp: 30.11.2023]

²⁹² Tamże.

²⁹³ Tamże.



„Powinny być dostępne ulotki informacyjne dla pacjentów i dodatkowe źródła zawierające informacje na temat zgodności środków znieczulających i przeciwbólowych podczas karmienia piersią oraz wskazówki dotyczące wspierania karmienia piersią w okresie okołoperacyjnym”.

Ponadto w dokumencie wymieniono²⁹⁴:

„Kobietom karmiącym piersią poddawanych zabiegom chirurgicznym i medycznym powinno być zapewnione wsparcie w karmieniu piersią”.

Jak pokazuje poniższy przykład, kompleksowe wsparcie jest możliwe:

„W pierwszym przypadku otrzymałam wsparcie psychologa i wskazówki dwóch doradczyń laktacyjnych (w tym 1 CDL), w drugim – po operacji kręgosłupa pielęgniarki pomagały mi w użyciu laktatora, kiedy nie mogłam jeszcze wstawać po operacji”.
(wiek dziecka: 7-12 dni, 1 rok, A1299)

Do tej pory w tym podrozdziale wskazywałyśmy wiele pozytywnych przykładów wsparcia kobiet będących w okresie laktacji, aby pokazać, że to wsparcie, godne traktowanie matki karmiącej, mającej na uwadze zdrowie zarówno jej, jak i jej dziecka, jest możliwe. Niestety, nie zawsze kobiety otrzymywały odpowiednią pomoc.

²⁹⁴ Tamże.



„Po narkozie nie można karmić, poza tym dziecko jest już wystarczająco duże na odstawienie...”

(wiek dziecka: 20 miesięcy, A2083)

„Powiedziano, że muszę zrobić przerwę w karmieniu, choć to nie było zgodne z aktualną wiedzą”.

(wiek dziecka: 2 lata i 8 miesięcy, A732)

„Na sali zabiegowej wbrew zapewnieniom anestezjologa poinformowano mnie o konieczności przerywania karmienia na co najmniej 12 godzin (podany propofol i fentanyl²⁹⁵) i zagrożono nieprzeprowadzeniem zabiegu (konizacja)”.

(wiek dziecka: 2 miesiące, A806)

Zdarzało się, że personel komentował negatywnie sam fakt karmienia piersią:

“Uważano karmienie 1,5 rocznego dziecka za niepotrzebny kaprys”.

(A1585)

„Uważali, że skoro dziecko ma 14 miesięcy, to nie muszę już karmić, bo jest duży”. (A157)

²⁹⁵ Środki wymienione w omawianym przewodniku Stowarzyszenia Anestezjologów Wielkiej Brytanii i Irlandii *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, jako leki stosowane podczas znieczulenia i po zabiegu, które przenikają w małych ilościach do mleka i kobiety po ich otrzymaniu mogą normalnie karmić piersią.



„Za długo pani karmiiiiii”. (wiek dziecka 2-3 lata, A210)

„Gdy córka miała 1 rok i 3 miesiące – »Już lepiej smoczka dać«”.
(A2424)

Podkopywano poczucie sensu i sprawczości, a czasem nawet uniemożliwiano utrzymanie laktacji:

„Dziwiły się, że tak ciągle biegam z tym laktatorem”.
(wiek dziecka: 7 tygodni, A703)

“Brak wiary, że uda mi się laktację utrzymać. Brak wiary, że dziecko będzie chciało jeszcze ssać pierś. Ale nie przeszkadzali mi w odciąganiu mleka laktatorem, a robiłam to przez 3 tygodnie regularnie co 3 godziny”. (wiek dziecka: 2,5-3 miesiące, A2393)

„Wszyscy powtarzali, że muszę przestać karmić ja dzwoniłam do swojej położnej wysyłam zdjęcia leków które mi podano i pytałam, czy po wyjściu mogę karmić dalej. Położna oczywiście była za więc w szpitalu odciągała i wylewałam byle by utrzymać laktację”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A1268)

“Nie pozwolili mi odciągać mleka dla dziecka i przechowywać w lodówce, straszili tym, że stracę pokarm po operacji i tym, że dziecko po moim powrocie do domu nie będzie już chciało ssać, że muszę na stałe przejść na mleko modyfikowane”.
(wiek dziecka: 3 miesiące, A27)



„Brak lodówek, w których można by przechowywać pokarm, brak dostępu do sterylizatora, lub nawet wrzątku, żeby można było umyć części laktatora, komentarze, że po co się męczę tak, że to bez sensu itd.” (wiek dziecka: 5 tygodni, A102)

„Zachowanie personelu nie było wspierające, odciągałam mleko laktatorem, aby utrzymać laktację, ponieważ karmić w tym czasie nie mogłam, nie utrudniano mi tego po prostu”. (wiek dziecka: 4,5 miesiąca, A2438)

Czasem ważne jest, aby chociaż nie przeszkadzać:

“Byłam w izolatce. Umożliwiono mi przekazywanie butelki z pokarmem rodzinie. Sama zadbałam o to by rodzina mi wszystko dostarczyła: laktator, czajnik turystyczny i garnek, żebym mogła sama sterylizować butelkę i lejki, też dostarczyli mi lodówkę turystyczną, żebym mogła ten pokarm przechowywać w międzyczasie zanim ktoś go odbierze. Nie licząc tych wszystkich gratów, które rodzina musiała zwieźć, to rzeczywiście też nikt nie robił problemów z odbieraniem pokarmu. Jak ktoś z rodziny co 6 godzin pokarm odbierał, gdzie ostatnia porcja była o 23, a pierwsza około 6 rano, to nikt nie robił na szczęście problemów i tata mógł ten pokarm zabierać”. (wiek dziecka: 4-8 dni, K4)

*„Ani nie wspierali ani nie przeszkadzali”.
(wiek dziecka: 4 miesiące, A1964)*





Problem!

Zdarza się, że personel szpitala, w którym jest hospitalizowana matka negatywnie komentuje fakt karmienia piersią i nie posiada wiedzy z zakresu bezpieczeństwa i wpływu terapii u matki na karmione piersią dziecko. Podając niezgodne z aktualną wiedzą zalecenia personel stwarza ryzyko problemów z karmieniem piersią lub jego całkowitego zaprzestania, co wiąże się z ryzykiem negatywnych konsekwencji zdrowotnych dla matki i dziecka. Zdarza się, że personel nie chce uwzględnić sytuacji szczególnej jaką jest karmienie piersią i nie chce umożliwić pobytu dziecka z matką w trakcie jej hospitalizacji lub zdarza się, że kobiecie uniemożliwia się utrzymanie laktacji w trakcie pobytu w szpitalu.



7. ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI

Nierozzerwalnie związana z karmieniem piersią dziecka jest kwestia stanu psychicznego matki. Nawet co piąta kobieta zmaga się z depresją poporodową czy innymi zaburzeniami związanymi ze zdrowiem psychicznym²⁹⁶. Macierzyństwo to niełatwa rola, dlatego tak istotne jest wsparcie i wzmacnianie w mamie poczucia sprawczości. Trudności w karmieniu piersią mogą wywoływać lub pogłębiać kryzys zdrowia psychicznego, np. w jednym z badań wskazano, że w sytuacji niezgodności oczekiwań matki, co do jakości karmienia piersią z aktualnymi doświadczeniami, karmienie piersią wiązało się z negatywnymi następstwami dla zdrowia psychicznego matki²⁹⁷. Dlatego trzeba zrobić wszystko, ażeby kobiety otrzymywały potrzebne i rzetelne wsparcie w karmieniu piersią i w rozwiązywaniu trudności, a także, aby procedury w placówkach zdrowia nie szkodziły karmieniu piersią (o czym pisałyśmy w niniejszym raporcie wielokrotnie), gdyż to jest również element dbałości o zdrowie psychiczne. Bowiern jak wskazują liczne badania, udane karmienie piersią lub rozwiązanie trudności z karmieniem jest związane z poprawą stanu zdrowia psychicznego, stanowi profilaktykę zachorowania na depresję lub jeden z elementów terapii²⁹⁸. Potwierdza to polskie badanie²⁹⁹ przeprowadzone w 2023 r. Jak zauważają autorki badania: „Karmienie naturalne niweluje negatywne konsekwencje stresu doświadczonego po porodzie, obniża również poziom cytokin prozapalnych, co ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego matki³⁰⁰”. Pilotażowy program „Macierzyństwo krok po kroku”, sfinansowany w całości przez Miasto Gdańsk, objął opieką gdańszczanki borykające się z trudnościami psychicznymi i ze zwiększonym poziomem stresu. Celem programu było obniżenie napięcia, wyciszenie objawów, ale także wzrost odsetka kobiet karmiących wyłącznie piersią przez pierwsze pół roku życia dziecka. Kobiety biorące udział w badaniu mogły skorzystać zarówno z opieki psychologicznej, jak i laktacyjnej. Badaczki odnotowały wśród kobiet korzystających z porad laktacyjnych istotną poprawę wskaźników zdrowia psychicznego, w tym zmniejszenie nasilenia objawów somatycznych i trudności w funkcjonowaniu oraz zmniejszenie objawów

²⁹⁶ Wang Z., Liu J., Shuai H. i wsp., *Correction: Mapping global prevalence of depression among postpartum women*, *Translational Psychiatry* 2021, 11(1):640, <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1> [dostęp: 30.11.2023]

²⁹⁷ Yuen M., Hall O.J., Masters G. A. i wsp., *The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review*, *Journal of Women's Health* 2022, 31(6):787-807, <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0504> [dostęp: 30.11.2023]

²⁹⁸ na badania w tym zakresie w powoływałyśmy się w przypisach od nr 63. do 67.

²⁹⁹ Chrzan-Dętko M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa*, Warszawa 2023, s. 111-128

³⁰⁰ Tamże, s. 128



świadczących o niepokoju i bezsenności³⁰¹. Źródeł powodzenia programu badaczki upatrują w interdyscyplinarnym podejściu. Współpraca różnych specjalistów oraz obejmująca ich wszystkich superwizja ułatwiały nawiązywanie relacji z kobietami, identyfikowanie kobiet z objawami depresji, planowanie strategii w celu zapewnienia im optymalnej opieki³⁰². Doświadczenia z Gdańska pokazują, że trudności w karmieniu piersią mogą być związane z trudnościami natury psychicznej a rozwiązanie tych pierwszych poprawia stan psychiczny kobiety. Niezwykle istotna jest też relacja ze wspierającą, rozumiejącą osobą i być może właśnie ona jest tu kluczowa.

Kobieta po porodzie ma prawo odczuwać całą paletę emocji. Baby blues to stan fizjologiczny. „Wahania nastroju w tym czasie nie są chorobą, występują nawet u 50-80% kobiet”³⁰³. Istotne jest jednak to, by wychwycić moment, w którym stan fizjologiczny przeradza się w patologiczny – baby blues przechodzi w depresję poporodową lub psychozę poporodową. Pierwsze sygnały, że kobieta może mieć kłopoty natury psychicznej można dostrzec już w ciąży. Czynnikiem ryzyka depresji poporodowej są m. in. epizody depresyjne przed ciążą, stres, lęk depresja w czasie ciąży³⁰⁴.

Kontakt z położną POZ na etapie ciąży (podczas spotkań w ramach edukacji przedporodowej o czym pisałyśmy w podrozdziale 2.2.) może być kluczowy, bo to właśnie położna może przeprowadzić badanie przesiewowe pod kątem ryzyka zachorowania na depresję. Takie badanie może również w ciąży przeprowadzić ginekolog. W S000 w rozdziale *II. Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzenia* wskazuje się, że pierwsze takie badanie powinno obywać się już w 11-14 tygodniu ciąży a między 33-37 tygodniem ciąży powinno być ponowione.

Temat zdrowia psychicznego matki powinien być również poruszany podczas edukacji przedporodowej. W S000 w rozdziale *IV. Edukacja przedporodowa* poruszane są kwestie dotyczące wsparcia emocjonalnego:

³⁰¹ Tamże, s. 126

³⁰² Tamże, s. 127

³⁰³ Chrzan-Dętkoś M., Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2023, s. 21.

³⁰⁴ Alves C., Soares L., Faria A. L., *Pregnancy and postpartum depression (PPD): A non-systematic review assessing the current state of knowledge on PPD*, Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social 2023, 9(1):1-19, <https://dx.doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.293>



„3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje w szczególności:

[...]

6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu;

[...]

5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:

1) opiekę w okresie połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty połogu;

[...]

6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego)”.
(S000, IV. Edukacja przedporodowa)

Następnie, opieka w miejscu zamieszkania albo pobytu nad kobietą po porodzie (wykonywana w szczególności przez położną środowiskowo-rodziną) obejmuje:

- dokonanie oceny „stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej” (S000 rozdział XIV. *Połów* ust. 2. pkt. 6.).
- udzielenie „porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem” (S000 rozdział XIV. *Połów* ust. 10. pkt. 12.).
- objęcie opieką najbliższych położnicy poprzez udzielenie: ”osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w połogu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc” (S000 rozdział XIV. *Połów* ust. 10. pkt. 19.).



„3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XV, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających”.

(S000, XIV Połóg)

Powyższy zapis wskazuje, że pomoc psychologiczna powinna być udzielona każdej położnicy, której stan tego wymaga. Jednocześnie takiej pomocy i podejścia pełnego szacunku bardzo potrzebują kobiety w sytuacjach szczególnych – po urodzeniu dziecka chorego lub z wadami wrodzonymi, niezdolnego do życia, dziecka martwego, czy które poroniły. W rozdziale XV. *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych* szczegółowo opisano postawę personelu medycznego wobec tych kobiet, ale również zapewniono, że:

„8) kobiecie udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach;”

(S000, XV. *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych*, ust. 2)

W naszej ankiecie kobiety zostały zapytane o to, czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub porodu zadawał im pytania dotyczące samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka wystąpienia depresji lub czy ktoś wykonywał badanie/a EPDS lub test Becka. Test Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) polega na udzieleniu przez kobietę odpowiedzi na kilkanaście pytań dotyczących jej samopoczucia i jest polecany do wykorzystywania i wykonywania przez personel medyczny. Fundacja Rodzić po Ludzku w jednym ze swoich artykułów daje wskazówki pielęgniarkom i położnym jak interpretować



wyniki i jak postępować, gdy wynik wskazuje na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej³⁰⁵.



Droga kobieto!

Możesz test Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej wykonać sama. Jasny i zrozumiały formularz do wydruku znajdziesz również blogu farmaceutki Karoliny Morze:

<https://laktaceuta.pl/skala-edps-depresja-i-karmienie-piersia/>

Możesz skorzystać również z formularza internetowego przygotowanego w ramach programu profilaktyki depresji poporodowej „Przystanek Mama”:

<https://przystanekmama.copernicus.gda.pl/test-dla-mam/>

Jeśli wynik testu Cię niepokoi to na stronie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę odnajdziesz spis propozycji, dokąd możesz się zgłosić:

<https://rodzice.fdds.pl/wiedza/gdy-rodzic-ma-depresje-gdzie-zglosic-sie-po-pomoc/>

Możesz również udać się lub zadzwonić do Centrum Zdrowia Psychicznego w Twojej okolicy. CZP to miejsca, w których można dostać bezpłatne wsparcie. Z założenia, terminy w CZP powinny być krótkie, a rozmowę wspierającą powinna przeprowadzić każda osoba przyjmująca zgłoszenie. Ta osoba również powinna skierować Cię na ścieżkę dostosowaną do Twoich potrzeb – wizyta u psychologa, psychiatryczna izba przyjęć, spotkanie w klubie pacjenta prowadzonym przez asystentów zdrowienia czy wizyta u psychiatry. Niezależnie od wybranej ścieżki, nie potrzebujesz skierowania.

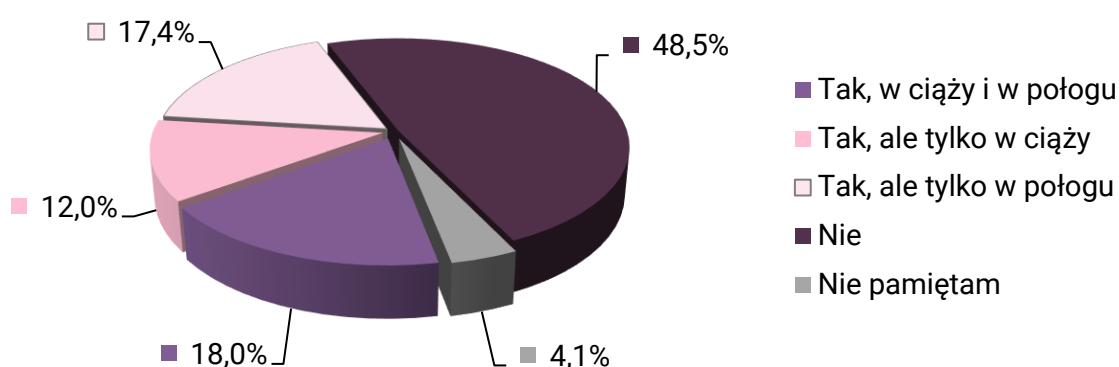
Znajdź CZP najbliżej siebie: <https://czp.org.pl/mapa/>

³⁰⁵ zob. Chrzan-Dętka M., *Depresja w ciąży i depresja poporodowa*, 2022, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/> [dostęp: 30.11.2023]



Ważne jest to, aby wiedzieć, że psychiatryczne leczenie farmakologiczne jest możliwe w przypadku kobiet karmiących piersią, o czym szczegółowo pisałyśmy w podrozdziale 6.2., ale by mogło to nastąpić, kobieta powinna dowiedzieć się o zasadności odbycia wizyty u psychiatry.

Aż 48,5% wskazało, że według ich wiedzy takiej oceny/badania nie wykonano ani w okresie ciąży, ani w porożu. Spośród tych kobiet, które na ten temat rozmawiały z personelem medycznym 18,0% było pytanych zarówno, w okresie ciąży jak i porożu, 12,0% - tylko w ciąży, a kolejnych 17,4% - tylko w porożu. Z kolei 4,1% zapytanych kobiet nie pamiętało, czy temat ten był poruszany (Ryc. 7.1.).



Ryc. 7.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub porożu zadawał Ci pytania dotyczące Twojego samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka obecności depresji lub wykonywał wymienione badanie/a (EPDS lub test Becka)?” (% , N=2504)

Kobietom, które odpowiedziały na pytanie z Ryc. 7.1. twierdząco (N=1187) zadałyśmy kolejne pytanie wielokrotnego wyboru „Kto to był z personelu medycznego?”, zaś możliwymi do zaznaczenia opcjami było: położna środowiskowo-rodzinna; lekarz ginekolog/ginekolog położnik; osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta; inna osoba: kto? Położna środowiskowo-rodzinna została wskazana w 60,2% odpowiedzi, lekarz ginekolog/ginekolog położnik był wskazany w 43,7% odpowiedzi, zaś osoba z personelu medycznego szpitala w 22,2% odpowiedzi. Inną odpowiedź zaznaczono w 4,7% przypadków, wśród których wskazano, np. prywatną doradczynię laktacyjną CDL, psychologa szpitalnego, lekarza rodzinnego POZ, położną przy gabinecie ginekologa prowadzącego ciążę, położną



w prywatnej szkole rodzenia, położną w ramach komercyjnych wizyt, a nawet endokrynologa czy męża pracującego jako ratownik/pielęgniarsz w szpitalu psychiatrycznym.

W dalszej części tego rozdziału przedstawiamy w szczególności odpowiedzi na pytanie: *„Jak oceniasz przydatność wykonania przez wskazane przez Ciebie osoby oceny ryzyka obecności depresji w formie rozmowy lub badania (EPDS lub test Becka)?”*.

Przy cytatach poszczególnych kobiet podajemy informację, kto z personelu medycznego dokonywał oceny stanu psychicznego kobiety oraz kiedy, czyli czy taka ocena miała miejsce zgodnie z SOOO zarówno w ciąży, jak i w porożu, czy tylko w ciąży lub tylko w porożu.

Kobiety na pytanie, o to, jak oceniały przydatność wykonania oceny ryzyka obecności depresji w formie rozmowy lub badania, odpowiadały skrajnie odmiennie. Część kobiet widzi potrzebę zaopiekowania psychiki kobiety w okresie okołoporodowym i uważa przeprowadzaną ocenę, najczęściej w formie testu/ankiety za wystarczający początek.

„Jest to bardzo ważny aspekt, który dla kobiet bez wsparcia rodziny może okazać się niezbędnym elementem do wykrycia problemów”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w porożu, A820)

„Myślę, że każda forma sprawdzenia stanu psychicznego kobiety po porodzie się przydaje, u mnie była to prosta ankieta, która została na miejscu przeanalizowana przez położną”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A243)

„Myślę, że warto pytać młodej mamy, jak się czuje w trakcie ciąży i po porodzie”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A601)



„Przydatne bardzo, bo można od razu porozmawiać jak nas coś niepokoi”.

(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A603)

„Osobiście dla mnie było to mało przydatne, ale dla kobiet z objawami depresji na pewno mogłoby pomóc we wszczęciu diagnostyki”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A608)

„Skala punktowa jednoznacznie pokazuje konieczność poszukiwania pomocy psychicznej. Przydatne”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A975)

„Nie miałam objawów, ale uważam, że jest to dobra metoda naprowadzająca i uświadamiająca, że coś niepokojącego może się dziać”. (położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A761)

„Wydaje mi się, że są to potrzebne badania by znaleźć kobiety, które ciężiej przechodzą zmiany związane z porodem i przede wszystkim im pomóc”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w połogu, A2339)

„Uważam, że jest to bardzo istotne. Myślę, że ze względu na trudności poporodowe, taki temat powinien być poruszony na wizycie patronażowej (na tej z NFZ u nas nie był)”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A2322)



„Oceniam to jako bardzo istotny wskaźnik przy wykrywaniu symptomów depresji poporodowej”. (położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, doradczyni laktacyjna CDL, A2458)

„Dało mi to do myślenia, że gdyby się coś pogorszyło, żebym miała na uwadze czy nie mam depresji i też dzięki temu zwróciłam na to uwagę mężowi, żebyśmy razem w razie potrzeby interweniowali, ja lub on, który mógłby to wykryć lepiej jako osoba z zewnątrz”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, K15)

„Uważam, że ze względu na to, jak niebezpieczna jest depresja poporodowa zarówno dla mamy jak i dziecka, personel medyczny powinien rozmawiać na ten temat z każdą ciężarną/świeżo upieczoną mamą”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A822)

„Były przydatne ze względu na wcześniej przebyte poronienie”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A2170)

„Pozytywnie wpłynęła na moje poczucie bezpieczeństwa”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A2233)

Niektóre z ankietowanych miały pozytywne doświadczenia w związku z zainteresowaniem personelu medycznego ich zdrowiem psychicznym, czuły się zaopiekowane. Postawy personelu medycznego, jak te z poniższych cytatów, są bardzo wspierające, ułatwiają



wychwycenie depresji na wczesnym etapie, budowane jest zaufanie między pacjentką a osobą z personelu, a tym samym przyspiesza się proces zdrowienia. Niektóre z kobiet dzięki ocenie/badaniu ryzyka wystąpienia depresji rozpoczęły leczenie. Tak kobiety oceniały rozmowy na temat ich zdrowia psychicznego lub badania/testy w tym zakresie:

„Bardzo dużo rozmawiałam o trudach i emocjach z położną środowiskową, była ona bardzo pomocna”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A228)

*„Położna miała ze mną stały kontakt i na tej podstawie na pewno była w stanie ocenić moje samopoczucie psychiczne”.
(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A626)*

*„Oceniam super. Miałam depresję poporodową, moja ginekolog mi pomogła i skierowała do psychologa”.
(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A210)*

*„Przydatne. Wyniki były alarmujące i położna pomogła uniknąć depresji poporodowej”.
(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A420)*

*„Zachowanie mojego ginekologa było bardzo wspierające - leczyłam farmakologicznie depresję w ciąży i byłam pod opieką psychiatry”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A55)*



*„Zostałam pokierowana do dalszej konsultacji ze względu na niepokojący wynik testu. Leczę się na depresję poporodową”.
(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A1799)*

*„Dostałam skierowanie do psychiatry, rozpoczęłam psychoterapię”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w ciąży, A215)*

*„Położna K. szkoli się cały czas. Sama jest mamą i wspiera mamy. Po porodzie może nie miałam baby bluesa typowego, natomiast nie przeżyłam też traumy, bo okazało się to po badaniach, natomiast mocno przeżywałam cały poród i pobyt w klinice, więc K. mnie nakierowała, żebym jednak skorzystała z pomocy psychologicznej i jestem jej za to bardzo wdzięczna, bo naprawdę bardzo mocno mi to pomogło uporządkować ten cały poród i to wszystko, co było po porodzie. Te testy można zafałszować, natomiast położna na podstawie rozmowy zasugerowała kontakt z terapeutą i skorzystałam z niego”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, K47)*

Kobiety doceniały także konsultacje z psychologiem w okresie okołoporodowym.

„Psycholog ze szpitala, w którym rodziłam kontaktowała się nawet później, ponieważ w ciąży byłam na granicy depresji, natomiast po porodzie oprócz Baby Blues trwającego około 2 tygodnie nie było żadnych wskazań”. (osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, tylko w połogu, A317)



Niezwykle ważne jest też wsparcie psychologiczne dla rodziców, którzy stracili dziecko (poronienie, urodzenie martwego płodu, śmierć noworodka), jak i ci, których dziecko jest wcześniakiem lub urodziło się chore. Jedna z kobiet będąca w sytuacji szczególnej otrzymała pomoc od personelu szpitala:

„Pani psycholog bardzo mi pomogła przetrwać ten trudny dla mnie czas. Było to dla mnie bardzo ważne, ponieważ mam starszą córkę, która ma mózgową porażenie dziecięce oraz epilepsję i jest dzieckiem leżącym. Nie siedzi nie chodzi i nie mówi. Przy porodzie doznała ciężkiego niedotlenienia i urodziła się w zamartwicy. Obecnie ma 8 lat. Bałam się drugiej ciąży, ponieważ mam nowotwór. Lekarze zapewniali mnie, że to nie jest dziedziczne. Gdy urodził się syn i powiedzieli mi, że to neuroblastoma po prostu się załamalam. Nie mogłam przestać płakać. Dzięki pomocy pani psycholog jakoś pozbierałam się i wykrzesalam z siebie siłę do dalszej walki”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, psycholog szpitalny, w ciąży i w połogu, A2082)

Kobiety zwracają też uwagę na potrzebę wykonywania testów w późniejszym okresie po porodzie wskazując, że okres tuż po czy jeszcze w ciąży może być zupełnie inny, trudności mogą jeszcze nie wystąpić. Do kilku tygodni po porodzie ocenę ryzyka wystąpienia depresji poporodowej może wykonać położna środowiskowo-rodzinna. Poniższe przykłady pokazują sytuacje, w których, taka ocena nie została wykonana wcale lub jeśli została wykonana to według kobiet zbyt wcześnie.

„Myślę, że ok, ale powinno się też sprawdzić to później; miałam ten test w szpitalu i chyba z dwa tygodnie po porodzie, a mam wrażenie, że miałam pewne kłopoty psychiczne bardziej około pół roku po, kiedy już nikt się nad tym nie zastanawia i nie pyta”.



(położna środowiskowo-rodzinna, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, tylko w położu, A504)

„Przydatne chociaż uważam, że dopiero po 13 dniu położu powinno się odbyć”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A395)

„Uważam, że badanie czy rozmowa wykonywane są zbyt wcześnie. Kobieta po porodzie jest w szoku, w emocjach. Większość kobiet doskonale się trzyma zaraz po porodzie. Problemy zaczynają się w domu, kiedy zostają same z dzieckiem i zaczyna się codzienne życie. Wszystkie moje koleżanki, które miły depresję poporodową, zaraz po porodzie czuły się wspaniale. Dopiero po czasie przytłaczała je codzienność. Niestety, żadna z nich nie była świadoma, że jest to depresja poporodowa. Dopiero po czasie, przy drugim dziecku, z perspektywy czasu dostrzegają, że cierpiały na depresję poporodową”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A959)

„Słabo, w momencie rozmów z psychologiem akurat były dobre chwile, wtedy, kiedy było źle nie było pomocy”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A444)

„Test jest dobry, ale raczej dają go za szybko do wypełnienia. Powinni też dawać go bardziej kilka tygodni po porodzie”. (lekarz



ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A1460)

„Miałam zrobioną ankietę kilka dni po urodzeniu dziecka, gorsze samopoczucie przyszło później”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A1807)

„Bardzo przydatna. Na depresję poporodową zachorowałam, gdy córka miała 4miesiące. Dobrą opcją by było kolejne badanie ESDP przez pielęgniarkę środowiskową”.

(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A2424)

Część kobiet uważa jednak ocenę stanu zdrowia psychicznego za nieprzydatną, co może wynikać z formy czy atmosfery jej przeprowadzenia:

„Mało przydatne, zrobione przez położną przed wizytą u ginekologa tylko po to, żeby mieć to zaliczone”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w ciąży, A1001)

„Dostałam kartkę z badaniem EPDS, co moim zdaniem jest tylko formalnością i nie ma nic wspólnego z faktyczną troską o zdrowie psychiczne i samopoczucie”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A1270)



„Przydatność żadna. Była to ankieta z bardzo ogólnymi pytaniami. Nikt prawdziwej rozmowy nie przeprowadzał”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A716)

„Dostałam do wypełnienia kartkę z kilkoma pytaniami, ale nikt ze mną nie rozmawiał”. (osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, tylko w połogu, A26)

„Bez sensu. Obok były odpowiedzi”.

(położna środowiskowo-rodzinna, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, położna w gabinecie ginekologa, w ciąży i w połogu, A750)

„Trudno powiedzieć. Dostałam tylko ankietę do wypełnienia, bez skomentowania jej wyniku”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A808)

„Była to tylko ankieta, więc raczej mało przydatna. Brak rozmowy, tylko spojrzenie na wynik ankiety, bez komentarza”.

(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A847)

„Lekarka kazała tylko wypełnić. Nie patrzyła na wynik”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A812)



„Słaba wartość diagnostyczna. Miałam wypełnić test, ale zabrakło szczerzej rozmowy, omówienia wyniku”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A163)

„Wypełniłam test, żeby po prostu wypełnić. Położna nawet na niego nie patrzyła. Ot zwykła formalność”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A69)

„Było to tylko pytanie czy mam depresję. Nie wiedziałam, czy ją mam czy nie. Nie zostało to zbadane”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A492)

„Na zasadzie »odhaczenia«. Nie czułam prawdziwego zainteresowania”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A76)

„Dostałam test Becka w formie elektronicznej, znam go i jestem psychologiem, więc wiem, że był wysoki wynik ryzyka depresji. Lekarż nijak nie odniósł się do wyniku, mimo że w momencie zajścia w ciąży zażywałam SSRI³⁰⁶”.

(lekarż ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A973)

³⁰⁶ selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, czyli grupa leków przepisywanych pacjentom w kryzysie depresji



*„Za mało wycucia, zbyt duża wiara pokładana w ankiecie”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A929)*

*„Mało szczegółowo, bardziej jako pytanie do »odfajkowania« niż
z troską”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu,
A1698)*

*„Nieprzydatne. Wypełniłam ankietę w szpitalu, a telefon
z »follow-up« otrzymałam po 6 miesiącach. Myślę, że jeśli kobieta
zмага się z depresją, przez tak długi okres, może się wydarzyć
wiele złego. Ankieta miałaby sens, jeśli niepokojące odpowiedzi
byłyby konsultowane od razu”. (położna środowiskowo-rodzinna,
osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta,
w ciąży i w porożu, A57)*

Niektóre z kobiet wskazywały, że rozmowa/badanie powinno być przeprowadzone w bardziej sprzyjającej atmosferze.

*„Przydatne, ale powinno się odbywać w bardziej intymnej sytuacji”
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu szpitala,
w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A944)*

*„Oceniam słabo, dostałam ankietę do wykonania na temat depresji,
i musiałam ją zrobić od razu, obok siedziała położna i zadawała
jakieś pytania, była to bardzo niekomfortowa sytuacja”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A463)*



„Test jest bez sensu, nikt szczerze tego nie wypełni w obecności rodziny. Moim zdaniem powinna odbyć się rozmowa sam na sam z pacjentką”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A479)

Przeprowadzenie oceny stanu zdrowia psychicznego kobiety jest elementem S000, ale nie ma jasnych wytycznych Ministerstwa Zdrowia dotyczących sposobu jej przeprowadzania. Jest oczywiste, że taka ocena nie powinna się ograniczyć jedynie do przekazania kobiecie ankiety do wypełnienia. Przypomnijmy, że w S000 w rozdziale XIV. *Połów* wskazano, że należy zapewnić pomoc psychologiczną, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających. Zatem obok podania konkretnych narzędzi i interpretacji ich wyników, należy zarekomendować ścieżki postępowania w przypadku wyniku testu mogącego świadczyć o zaburzeniach depresyjnych. Kobieta powinna otrzymać informację, do kogo może się zgłosić po pomoc, czy będzie to psycholog, psychiatra, czy najbliższe Centrum Zdrowia Psychicznego lub inna placówka zajmująca się opieką zdrowia psychicznego. Każda kobieta zmagająca się z depresją poporodową powinna mieć zapewnioną szybką, systemową pomoc. Wydaje się jednak, że nie ma jasno ustalonej ścieżki, na którą osoby z personelu medycznego mogłyby pokierować kobietę, gdy wynik wskazuje na depresję poporodową lub wysokie ryzyko jej wystąpienia w przyszłości. Co może zrobić wówczas personel, na przykładzie zawodu położnej przedstawiono w artykule Fundacji Rodzic po Ludzku:

„Bardzo ważne jest, by zostawić dokładny adres i numer telefonu do specjalisty i/lub poradni, które rekomenduje położna.

W niektórych sytuacjach może być ważne, za zgodą matki, umówienie jej na wizytę i pomoc w zorganizowaniu spotkania.

Dodatkowo warto poinformować pacjentkę o powszechności występowania zaburzeń nastroju po porodzie, zachęcić ją do odwiedzenia np. pomocnych stron internetowych, porozmawiać o tym, jak ona czuje się w związku z tymi informacjami i czy któreś z możliwości: farmakoterapia, kontakt



z psychologiem lub grupy wsparcia mogą być dla niej bardziej pomocne. Ważne, by chwilę porozmawiać o podwyższonym wyniku i znormalizować możliwy niepokój kobiety związany z ewentualną diagnozą – narodziny dziecka to bardzo duże wydarzenie powiązane z szeregiem zmian i utrat w życiu każdej matki. Opieka nad małym dzieckiem jest wyzwaniem i warto o siebie zadbać – przekazanie tych informacji w nieoceniający, wspierający sposób może ułatwić decyzję o szukaniu pomocy³⁰⁷.

Jednak personelowi medycznemu często brakuje wiedzy, dokąd kobietę kierować.

„Mój wynik wyszedł słabo, po porodzie było mi ciężko, ale nie dostałam informacji do kogo z tym pójść, dopiero przyjaciółka powzięła interwencję w obawie o moje zdrowie”.

(położna środowiskowo-rodzinna, położna z przychodni kobiety, w ciąży i w połogu, A2048)

„U mnie wynik był ok, ale wydaje mi się, że gdyby tak nie było personel medyczny zupełnie nie wiedziałby co z tym zrobić. Jak zgłaszałam lekarzowi gorsze samopoczucie czy lęki mówił, że każda kobieta w ciąży tak ma i już”.

(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A2320)

³⁰⁷ Chrzan-Dętko M., *Depresja w ciąży i depresja poporodowa...*, j.w.



„Czy przydatne trudno powiedzieć, zarówno ginekolog jak i położna sugerowali, że w zależności od wyniku pomocy muszę poszukać sama”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A2494)

Niestety część z medyków wykazuje się niewiedzą, a nawet ignorancją w odniesieniu do diagnozowania trudności osób, które mogą być potencjalnie w kryzysie zdrowia psychicznego, co skutkuje brakiem zaufania do personelu, a w konsekwencji niechęcią do otwierania się i opowiadania o swoich problemach natury psychicznej. Tak o tym opowiadały kobiety:

„Zdawkowe pytanie »Jak się pani czuje?« nie zachęca do dzielenia się swoimi odczuciami, trudnymi emocjami”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A13)

„Gdyby badanie było wykonane na serio, a nie z wywracaniem przez lekarza oczami, pewnie ocena byłaby wyższa”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A777)

„Wstydziłam się mówić położnej o swoich negatywnych emocjach. Zwłaszcza, że zasugerowała, że to raczej mnie nie dotyczy, bo super sobie radzę”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A53)

„Przydatność zerowa. Zdobyłam trochę punktów w ankiecie, a ginekolog stwierdziła cytując: »Przecież nie będę Pani do psychologa wysyłać«”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik,



osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A1985)

„Wiedza na temat stanu psychicznego wśród personelu medycznego jest nadal na poziomie zerowym według mnie. Miałam depresję już w ciąży, informowałam o tym ginekologa i powiedział, że nie wyglądam na osobę z depresją”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A591)

„Zero przydatności. Ginekolog po zliczeniu punktów z tego testu skomentował, że nie można się tak nad sobą rozczulać, bo wyjdzie depresja”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A2425)

„Gdyby nie to, że już wcześniej miałam doświadczenie z zaburzeniami depresyjnymi, nie otworzyłabym się przed tymi osobami z żadnymi szczerymi odpowiedziami. Osoba, która wychowywała się w Polsce, doświadczająca po raz pierwszy takich trudności raczej nie zostanie »wyłapaną«, bo się nie poskarży na nic”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A705)

Niepokojące jest to, jak często kobiety pisały o fałszowaniu wyników, czyli dyssymulacji, która miałaby ukryć objawy wskazujące na podwyższone ryzyko depresji. Kobiety bowiem z różnych względów często nie chcą przyznawać się do swojego stanu psychicznego.



„Można kłamać, bez sensu. Kłamałam po to, żeby nie trafić do psychologa, bo nie chciałam zostawiać dziecka samego”.
(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A1019)

„Jest to fajna opcja, jednak myślę, że jak ktoś ma depresję to bardzo łatwo może oszukać podczas wypełnienia ankiety. Samo zainteresowanie personelu medycznego w kwestii zdrowia psychicznego jest raczej znikome.” (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A1034)

„Łatwo było ukryć swój stan np. depresję”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A135)

„Jak ktoś nie chce się przyznać, to wie, jak odpowiedzieć, żeby wyszło, że nie ma depresji”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A116)

„Wypełniłam test, ale nie perfekcyjnie szczerze. O trudnościach rozmawiałam jedynie z partnerem”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A162)



„Tego typu tekst moim zdaniem nie wychwyci osoby z problemami, bo był to test A B C i osoba wypełniająca wie, co powinna zaznaczyć, więc zachodzi ryzyko, że ktoś może zataić pewne informacje”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A175)

„Wątpię, czy ktoś podaje w tym teście prawidłowe informacje. Nawet jeśli kobieta czuje się fatalnie, to się nie przyzna w obawie przed odebraniem jej dziecka”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A868)

„Bez sensu, bo przecież można napisać i uzupełnić, jak się chce. Osoby z depresją, często ją ukrywają”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w ciąży, A319)

„Pamiętam, że moje odczucie podczas wypełniania testu było takie, że można łatwo »zafałszować« wynik”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w położu, K16)

„Beznadziejne, każdy wypełniał cokolwiek, nie zawsze zgodnie z prawdą, aby tylko wyjść ze szpitala”.

(osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A235)

„Oceniam nisko, wiedziałam co odpowiadać, żeby nie wyszło, że mam depresję, a tak naprawdę miałam epizod depresyjny i przez pierwsze dwa miesiące nie mogłam patrzeć na dziecko, bo było



„jakieś takie nie moje, dopiero później je pokochałam”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A286)

„Próbie wykonania takiej oceny odbieram pozytywnie, ale forma była nieskuteczna. Ginekolog po prostu zadawał mi pytanie, czy odczuwam obniżenie nastroju, a ja zawsze odpowiadałam, że nie, choć bywały gorsze dni i w połogu zaczęły się poważniejsze problemy”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A1566)

Niektóre z kobiet, oprócz rozmów z nimi i baczniejszego przyglądania się ich stanowi, również sugerują rozmowę z osobą bliską na temat zachowania, nastroju kobiety.

“Niezbędne przydatne. Uważam, że powinna być przeprowadzona też rozmowa z domownikiem, bo w połogu emocje zmieniają się co chwila i ciężko jest rzetelnie wypełnić test”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A281)

„Myślę, że w ankiecie jak ktoś chce ukryć depresję, to jest w stanie to zrobić, trzeba obserwować na wizytach, spytać innego współmieszkańca”.
(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A1870)

„Mało przydatny. Nie bardzo wiem co miałoby to dać, jeśli to tylko ja subiektywnie odpowiadałam na pytania. Taką ankietę powinien wypełniać też ktoś bliski dla skalibrowania wyniku matki np.



ojciec/partner”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A1986)

Z czego wynika to, że kobiety nie informują o trudnościach psychicznych? Z pewnością jest to problem złożony z wielu czynników, m.in brak zaufania do personelu, przekonanie o tym, że pomocy trzeba szukać na własną rękę, bo personel nie wie, jak reagować, nie potrafi udzielić pomocy osobie w kryzysie zdrowia psychicznego. Problemem jest komunikacja z osobą w kryzysie – bagatelizowanie problemów, odrzucanie trudnych emocji, komunikaty o tym, aby się nad sobą nie rozczulać, typu „nie przesadzaj”, „weź się w garść”, „przecież masz piękne maleństwo” są wciąż używane, mimo niejednej kampanii społecznej informującej o tym, jak NIE rozmawiać z osobą w kryzysie depresji. Dodatkowo, w kobietach może być lęk, że dolegliwości natury psychicznej doprowadzą do ograniczenia praw rodzicielskich, co wiąże się ze wspomnianym już zaufaniem. Nie bez znaczenia jest też stygmatyzacja osób z diagnozami psychiatrycznymi³⁰⁸ i pokutujące wciąż w społeczeństwie przekonanie, że osoba zmagająca się z kryzysem zdrowia psychicznego po prostu sobie nie radzi. Depresja jest chorobą, która w skrajnych przypadkach stanowi zagrożenie życia zdrowia matki i dziecka. „Samobójstwo jest wciąż główną przyczyną śmierci w pierwszym roku po porodzie”³⁰⁹. Nie do pomyślenia jest sytuacja, w której kobieta zostaje z takim balastem sama. Niestety, w Polsce takie sytuacje zdarzają się każdego dnia. Wskazują na to wypowiedzi kobiet, u których ocena ryzyka wystąpienia depresji wskazywała na duże jej prawdopodobieństwo, ale również w dalszej części, tych z nich, którym pytań o samopoczucie psychiczne po prostu nie zadano ani w ciąży, ani w położu

“Mimo, że odpowiedzi wskazywały na możliwą depresję zostały pozostawione bez echa”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A953)

³⁰⁸ APA, *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*, 2020, <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination> [dostęp: 30.11.2023]

³⁰⁹ Chrzan-Dętkoś M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania...*, s. 8.



*„Ankiety dostałam do domu, lekarz jej nie skontrolował. W ankiecie wynik oznaczał wysokie ryzyko depresji poporodowej. Aktualnie moje dziecko ma 9 miesięcy i nadal miewam stany depresyjne”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A1532)*

„Dostałam ankietę do wypełniania, tylko dla mnie była ona bezzasadna, ponieważ w ciąży zachorowałam na depresję, a w szpitalu, w którym rodziłam, nikt się tym nie przejmował. Miałam wpisane to w kartę ciąży oraz jakie leki przyjmuję. Nikt po porodzie nie przyszedł do mnie, aby ze mną o tym porozmawiać”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w połogu, A1856)

"Przydatność zerowa. Jak byłam w ciąży, był to 3 trymestr, dostałam ankietę ze skalą ryzyka wystąpienia depresji poporodowej i dużo pytań na temat tego, jak ja się obecnie czuję, czy kiedyś miałam epizody depresyjne. Wypełniłam tę ankietę i nawet pamiętam, że pod koniec można było sobie punkty sumować, jak duże jest ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Wyszło mi dosyć wysoko i dałam to lekarzowi. Myślałam, że coś później będzie się działo w związku z tą ankietą, będą podjęte jakieś działania, natomiast to po prostu zostało włożone do mojej dokumentacji medycznej i tyle. Lekarz nawet mi słowa nie powiedział na temat tej ankiety, więc nikt się tym specjalnie nie interesował. Trochę odniosłam wrażenie, że może placówki medyczne mają taki obowiązek, żeby taką ankietę przeprowadzić, więc ta ciężarna dostaje to do ręki i wypełnia, ale chyba ten



obowiązek kończy się na tym, żeby przeprowadzić ankietę no i koniec, już później nic nie trzeba z nią robić".

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, K21)

Kobiety, których nie pytano o samopoczucie psychiczne/nie oceniano ryzyka obecności depresji poporodowej (czyli te, które odpowiedziały „Nie” na pytanie z Ryc. 7.1.) komentowały ten fakt następująco:

„Jestem zaskoczona, że istnieje obowiązek sprawdzenia zdrowia psychicznego mamy!”. (A480)

„Miałam depresję poporodową. Kompletny brak zainteresowania”. (A2460)

„W szpitalu podawałam, że mam depresję. Nie zaproponowano mi pomocy w tym zakresie”. (2147)

„W szpitalu, kiedy raz popłakałam się przy obchodzie personelu medycznego z bezsilności. Nikt mnie o nic nie zapytał. Położna środowiskowa kazała mi podpisać że nie mam depresji, nie pytając mnie o stan psychiczny”. (A2304)

„W trakcie ciąży i połogu nikt nie ocenił u mnie ryzyka depresji mimo dużego ryzyka (pierwsza ciąża donoszona zakończona martwym urodzeniem)”. (A344)



„Test by się przydał, bo depresję poporodową miałam, przed najprawdopodobniej już też ;(“. (A1069)

„Temat zdrowia psychicznego kobiety w ciąży/po porodzie wśród większości personelu medycznego nie istnieje. Bagatelizowanie, żartowanie, porównywanie, że inni mają gorzej“. (A1169)

„Sama zorientowałam się, że potrzebuje pomocy psychiatry, ale to było po trzecim dziecku. Po pierwszym porodzie miałam depresję, z którą nic nie zrobiłam, bo brakowało mi wiedzy. Nikt się mną nie zainteresował“. (A745)

„Miałam niezdiagnozowaną depresję poporodową, odkryliśmy to sami z mężem po długim czasie“. (A916)

„Personel medyczny nie zapytał o stan psychiczny. Sama zgłosiłam się do psychiatry i zdiagnozowano depresję okołoporodową“. (A930)

„Uważam, że to powinien być obowiązek, bo miałam epizod depresyjny w ciąży. Na szczęście dzięki przywilejowi bycia w ciąży szybko dostałam się do przychodni NFZ na konsultację z psychologiem“. (A715)



„Nikt mnie nie pytał, a powinien. Teraz wiem, że miałam depresję. Zajął się nią dopiero po ok. roku życia dziecka. Moje życie to był koszmar!!!”. (A813)

„Niestety potrzebowałam psychologa i sama o pomoc zwróciłam się za późno”. (A1673)

„Sama wykonałam test na obecność depresji i za oboma razem wyszedł pozytywny kierujący mnie do specjalisty”. (A1310)

„Dopiero około 8 miesięcy życia dziecka zgłosiłam się po pomoc z uwagi na depresję poporodową, wcześniej nikt nie widział problemu, a on był i narastał”. (A1449)

„W połogu czułam się psychicznie bardzo źle. Myślę, że graniczyło to z depresją poporodową. Ani położna środowiskowa ani pediatra, ani nikt po porodzie w szpitalu nie zainteresował się moim stanem psychicznym”. (A92)

„Miałam depresję poporodową - ale mąż oraz ja sama wiedziałam, że jest coś nie tak i zgłosiłam się po pomoc do specjalisty – leczenie trwało rok”. (2124)

„Nie przeprowadzono na mnie badania ryzyka depresji ani w ciąży, ani w połogu. W moim przypadku było to o tyle ważne, że wcześniej chorowałam na depresję. Musiałam więc poradzić sobie na własną



rękę umawiając się jeszcze przed porodem na wizytę kontrolną z psychiatrą, który mnie wcześniej leczył”. (A2168)

„Martwi mnie to, że nikt nie interesował się moim stanem psychicznym po porodzie, po tym jak poprzednia ciąża była martwa, a obecna zagrożona, mój stan psychiczny po porodzie był fatalny. Zamiast uczucia szczęścia, euforii czułam tylko strach, zmęczenie, smutek”. (2054)

„Samodzielnie zdiagnozowana depresja poporodowa ok. 5 miesięcy po porodzie i samodzielne szukanie pomocy. Wizyta u psychologa na NFZ wymaga skierowania od internisty! Skierowanie wystawione na teleporadzie, padło jedynie pytanie czy chce zrobić krzywdę sobie lub dziecku”. (A2144)

„Rodziłam trzykrotnie. Nikt nigdy nie pytał i nie oceniał mojego samopoczucia, choć było różne. Nikogo depresja poporodowa nie obchodzi, to wymysł »głupiej baby« i rzekomo »cudowanie i zwykłe zmęczenie przy dziecku«”. (A2456)

„Za mało mówi się o depresji poporodowej i połogu. Dla mnie pierwsze 6 miesięcy bycia mamą było niesamowicie trudne. Dopiero pomoc zaufanej kardiolog, która nie zbagatelizowała problemu, przyczyniła się do wizyty u psychiatry i rozpoczęciu terapii”. (A335)



„Początek ciąży był dla mnie ciężki. Myślę, że mogła to być depresja ciążowa. Lekarka mówiła żebym się cieszyła z »dzieciątka«. Zdecydowanie nie było to wspierające, byłam pozostawiana sama sobie. Każda ciężarna powinna mieć pytania o to, czy potrzebuje jakiejś opieki, bo występuje ta depresja ciążowa, czy nie potrzebuje jakiejś wizyty u psychologa. U mnie nie pojawiło się takie pytanie ani razu, a myślę, że potrzebowałam tego na takim początkowym etapie. Przydałoby mi się to”. (K22)

Kobiety wskazywały na to, że po urodzeniu dziecka czuły się pomijane, a większość uwagi skupiała się na dziecku.

„Nikt nie pytał, a szkoda, bo miałam Baby Blues, na szczęście mąż był dla mnie ogromnym wsparciem, ale uważam, że każdej kobiecie po porodzie powinno zostać zadane pytanie o jej samopoczucie. Dużo rola powinna być w tym zakresie położonej. Położna na wizytach patronażowych skupia się głównie na dziecku, o matce wszyscy zapominają (najczęściej łącznie z samą matką)”. (A905)

„Mam troje dzieci i często czuje tzw. »doła«. Nigdy nikt z personelu medycznego nie zapytał mnie o moje samopoczucie psychiczne. Nigdy, choć zdarzyły mi się myśli samobójcze. Jednak, dopóki się uśmiechasz i nie skarżysz, masz zacisnąć zęby, bo pediatra jest od dzieci, a nie od mam. Urodzisz, to już nie jesteś ważna. Liczą się tylko dzieci, a matki stają się niewidzialnymi bohaterkami”. (A2479)

Historia jednej z kobiet, której dziecko zachorowało na nowotwór mózgu pokazuje, jak trudno czasem jest kobietom uzyskać zwykłą wyrozumiałość i troskę od personelu medycznego



(w tym przypadku personelu szpitala, w którym diagnozowano dziecko) i są one okazywane dopiero wtedy, kiedy jest powód, który wg personelu może stan matki uzasadniać.

"Poszłam poprosić pielęgniarkę, czy mogłaby się zająć przez chwilę małą. Akurat wtedy ona spała mi na rękach i ja już miałam łzy w oczach i płakałam, a ta pani mówi do mnie "Czego Ty płaczesz? Ja mam dziecko w twoim wieku i ty płaczesz". Nie wiem w ogóle co to miało jedno do drugiego, ale tak mi powiedziała. Ja nie miałam siły wtedy chyba nawet żyć i po prostu = chciałam się odwrócić, a ta nasza lekarka podeszła, z którą również mam kontakt do teraz. Wspaniała kobieta. Ta lekarka powiedziała po prostu chyba diagnozę tej pielęgniarce i nagle był o 180 stopni zwrot, bo wtedy, to już to było uzasadnione, prawda? Że ja jestem załamana, bo coś. Bo przecież Matka Polka, wycieńczona, ona nie może przecież płakać, zawsze musi być twarda i zawsze musi dać sobie radę, a jak płacze to przecież trzeba ją jeszcze bardziej zgnoić i dać jeszcze więcej powodów do płaczu. Ale generalnie wtedy powiedziała, że tak, że ona się zajmie i że mój chłopak może przyjść pod same drzwi, a to też była pandemia i że ochroniarz wpuści, i on nas odbierze, bo ona mnie w takim stanie nie wypuści ze szpitala, że to jest niebezpieczne i jak ona go zobaczy, to wtedy da dziecko i nas ochroniarz jeszcze odprowadzi do drzwi. Jakbym była w lepszym stanie psychicznym, to bym się chyba zaczęła śmiać wtedy". (K43)

W podrozdziale 5.1. wspominałyśmy, że pomimo tak trudnej diagnozy w trakcie wymagającego leczenia, udało się kobiecie karmić wyłącznie swoim mlekiem i po operacji wrócić do bezpośredniego karmienia z piersi. Jak pisałyśmy na początku tego rozdziału, karmienie piersią stanowi czynnik prewencyjny w odniesieniu do depresji i zaburzeń zdrowia



psychicznego. Również wypowiedzi kobiet w podrozdziale 6.2., w którym opisywałyśmy przypadki, kiedy to kobiety podejmowały leczenie farmakologiczne z jednoczesnym karmieniem piersią, pokazują jak ważne jest dla wielu z nich karmienie piersią i często one same pogłębiają swoją wiedzę na temat leków niosących znikome ryzyko dla dziecka, edukując w tym zakresie personel medyczny, aby właśnie karmienia piersią nie przerywać. Wielu kobietom karmienie dziecka piersią pomogło uporać się z trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego lub stało czymś, co napawa je do tej pory dumą i radością, co dało poczucie sprawczości i kompetencji, dzięki czemu uporały się z depresją.

„Uważam, że wszystkiego było po trochu z dbania o dziecko i o karmienie. Natomiast ciągle położne i lekarze zapominają, że po porodzie ważne jest, aby to matka wstała i się cieszyła z tego wszystkiego. Niestety wypuszczono mnie po 5 dniach ze szpitala z takimi wynikami, że dobrze, że w ogóle umiałam ustać. Z powodu niedokrwistości rana po nacięciu krocza się nie zasklepiła, a od maści na hemoroidy szwy poszły. Gdy wyszłam ze szpitala zostałam zdana na siebie, prawie 2 miesiące w domu leżałam. To karmienie piersią mnie uratowało od depresji, bo w innych rzeczach potrzebowałam pomocy”. (A906)

„Kwestionariusze są rozdawane, natomiast nikt nie zwraca uwagi na wynik, ja miałam objawy depresji i nikt się tym nie zainteresował. Nasz poród i pierwsze 6 tygodni po to była tragedia. Pamiętam, że wściekałam się na męża, że pozwolił mi spać 4 godziny, a nie 3, bo ja po 3 musiałam odciągać. Pamiętam też, że się zastanawiałam, mówię to jest straszne i to są takie rzeczy właśnie, o których matki nie mówią, a się zdarzają... Ja się autentycznie zastanawiałam, czy 4 piętro wystarczy i że jakbym wyszła przez ten balkon, to czy to by wystarczyło żebym mogła się z tego



wszystkiego wymiksować. To pokazuje to jak sama może być kobieta. Mówię, a ja miałam wsparcie męża i miałam wsparcie teściów, ale to jak bardzo ten cały system zawiódł. To było tragiczne i tak naprawdę, gdybym była osobą, która jest mniej uparta, a ja jestem po prostu uparta jak osioł, albo gdybym nie mieszkała w dużym mieście, albo gdybym nie miała pieniędzy, które mogłam, no nie mówię, że rzucać na prawo i lewo, ale które mogłam akurat wydać na prywatnych specjalistów, to ja bym na pewno nie karmiła piersią. A karmiłam praktycznie 22 miesiące, Pół roku po porodzie sama poszłam do psychiatry, który stwierdził nerwicę i przypisał leki oraz skierował na terapię. W tym kontekście, na pewno karmienie piersią i to, że się udało pomogło bardzo. Ja bardzo lubię umniejszać swoim zasługom, natomiast mam wrażenie, że w kontekście tej całej historii, to po prostu nie mogę. Wiem, ile wysiłku mnie to kosztowało i wiem, że tego mi nikt nie zabierze. To, że dowiedziałam się bardzo dużo o karmieniu piersią, to też tego mi już nikt nie zabierze. To, że mogę też pomagać innym osobom to też”. (K19)

„Nie otrzymaliśmy żadnego wsparcia dot. samopoczucia psychicznego po informacji o podejrzeniu zespołu Downa, ta diagnoza także w ustach lekarzy i personelu stanowiła odpowiedź na to, że dziecko i tak nie będzie piło z piersi, nie ma co próbować. Bardzo się mylili, dałam radę karmić piersią syna, mimo wszystko, ale niestety bez pomocy jakiej potrzebowałam”. (A1417)

“Miałam depresję poporodową z próbą samobójczą, czego nikt (nawet ja) nie spodziewałby się. To badanie EPDS to mit. Nie



pomoże. Mnie wykończyła totalna obojętność ludzi w szpitalu i samotność potem. Wszystko było zamknięte. Nikt nie chciał przyjść do mnie i dziecka z personelu. Nawet polecana bardzo doradczynie CDL za podwójną stawkę. Skończyło się na KPI przez 8 bardzo trudnych miesięcy. Z czego jednak jestem dumna. Z siebie, męża, który mnie wspierał i dzieci”. (A1106)

“W ciąży czułam się fizycznie i psychicznie bardzo źle. Ze względu na lockdown nie otrzymałam odpowiedniej pomocy. Po trudnym porodzie, do którego nie dopuszczono mojego męża i wyrzucono go ze szpitala, fatalnej opiece, a raczej braku opieki w szpitalu i okropnym traktowaniu przez personel, po 6 miesiącach i próbie samobójczej zdiagnozowano u mnie PTSD - zespół stresu pourazowego. Nie mam siły walczyć ze szpitalem, pisać skarg itd. Leczę się psychiatrycznie i chodzę do psychologa i mam wrażenie, że to jak wyglądał mój pobyt w szpitalu, w którym czułam się jak w getcie rozwaliło moje życie i zniszczyło moje macierzyństwo. Ze względu na stan zdrowia jestem na diecie, w szpitalu wypełniałam ankietę dotyczącą diety a potem dostawałam jedzenie takie którego nie mogłam jeść. Ze względu na dobro swoje i malucha nie jadłam prawie nic. Po powrocie do domu okazało się, że z dodatkowych 18 kilogramów w ciąży zostały mi 3. Cieszę się, że pomimo wszystko moje dziecko jest karmione piersią. Walczcie o dobro kobiet w szpitalach, bo to jak jesteśmy tam traktowane to jest horror, dramat i patologia. Dodam tylko że byłam bardzo dobrze przygotowana do porodu i miałam rodzić w domu, ale się nie udało. Wiedziałam, że w szpitalu będzie ciężko, ale to jak



zostałam potraktowana przez pielęgniarki, położne i lekarzy nawet w najgorszych snach mi się nie śniło”. (A520)

Bywa, że kobieta może doświadczyć traumy porodowej³¹⁰. Trudny poród może skutkować bólem, dyskomfortem, rozdrażnieniem, niepokojem, wyczerpaniem. Jeśli ten stan się przedłuży, a dodatkowo występują nawracające wspomnienia tzw. *flashbacki* wzbudzające silne emocje, wrażliwość na bodźce, obniżenie funkcji poznawczych, trudności ze snem itp. może być to podstawa do postawienia diagnozy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Nawet u kobiet, u których ryzyko wystąpienia depresji poporodowej jest niskie, przemocowy komunikat personelu medycznego, przeciągający się, bolesny poród czy inne niesprzyjające okoliczności mogą wywołać trudne emocje i w konsekwencji kryzys zdrowia psychicznego. O tym, jak ważna jest komunikacja personelu medycznego szpitala pisałyśmy w podrozdziale 3.2.1 *Dobrostan psychofizyczny matki* cytując historie kobiet.

Opisywałyśmy wówczas historię jednej z kobiet (K37), dla której czas po porodzie był traumatyczny, a potem pojawiały się kolejne, nawarstwiające się problemy ze ssaniem po stronie dziecka. Jak się okazuje (wypowiedź jej cytujemy poniżej) trudności te skutkowały pogłębieniem stanów depresyjnych. Rzeczywistość, jakiej kobieta doświadczyła okazała się diametralnie różna od tego czego pragnęła. Niestety zdarza się, że trudności z karmieniem piersią mogą spowodować lub nasilać problemy ze zdrowiem psychicznym, w szczególności, jeśli oczekiwania matek, co do karmienia piersią okazały się niezgodne z tym czego doświadczyły, o czym wspominałyśmy na początku tego rozdziału.

„Zrobiłam co mogłam, teraz to wiem. Wtedy tak bardzo chciałam, że potem wylądowałam u psychiatry z depresją poporodową i niepowodzenie w karmieniu to była jedna z przyczyn. Nie miałam siły. Dziecko miało prawie pół roku. Ja odstawiłam laktator, którego serdecznie nienawidziłam. Do tej pory, jak słyszę dźwięk laktatora, to mam po prostu ciarki, mam dreszcze. Odstawiłam go i szukałam dla siebie pomocy psychiatrycznej, bo tę

³¹⁰ Chrzan-Dętko M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania...*, s.38-41.



depresję miałam cały czas, tylko że nie była zdiagnozowana wcześniej". (K37)

„Tak, przeszłam traumę laktacyjną mieszanki były straszne, gastroenterolog i alergie, i refluks, uaktywnione na maksa, »mieszanki na receptę«, depresja poporodowa, czas straszny. Przez to boje się drugiej ciąży – przez problemy laktacyjne, które wpłynęły na nasze dalsze problemy zdrowotne dziecka, jak i problemy z uzależnieniem od mieszanki, pilnowaniem wagi, bo po mieszance szybko przybierała, niechęcią do innych płynów niż mieszanka etc.” (A1214)

„W czasie ciąży to były pytania o samopoczucie i było ono świetne więc nie było podejrzenie depresji. W czasie połogu położna martwiła się moim stanem psychicznym i zadręczaniem się, że nie karmię tylko piersią. Mimo szczyrych chęci i zapału nie udało mi się karmić piersią. Bombardowanie w mediach społecznościowych, na szkole rodzenia, w przychodniach stwierdzeniami, że »każda, jak chce, to może« jest bardzo słabą polityką promocji karmienia piersią. Spotkałam wiele kobiet, które bardzo chciały, a nie wyszło i były one tak samo zrozpaczone jak ja (mimo prób i stosowania się do zaleceń personelu medycznego)”. (2180)

Dla wyżej cytowanych kobiet karmienie piersią miało duże znaczenie, niestety z różnych powodów, to karmienie nie potoczyło się tak, jakby tego oczekiwały i chciały. Rolą personelu medycznego jest takie wspieranie kobiet, aby otrzymywały pomoc, która większości problemów laktacyjnych będzie zapobiegać, a nie ich przysparzać (o czym niestety świadczy wiele do tej pory cytowanych w niniejszym raporcie historii), ale kiedy zapobieżenie nie będzie możliwe lub matka zrezygnuje z karmienia piersią, to ważne jest uznanie, że może być



to dla niej strata, którą może być jej łatwiej lub trudniej zaakceptować. W każdym przypadku, jeśli tylko tego potrzebuje, powinna otrzymać wsparcie psychiczne.

Lekarka, która udzieliła nam wywiadu, a na co dzień pracuje z matkami, tak o tym mówiła:

"Uważam, że my się zapędziliśmy w trochę w tak zwaną poprawność polityczną. Wiele mam nie dostało odpowiedniego wsparcia. Nie udało im się osiągnąć swoich celów laktacyjnych i my uważamy, czego ja kompletnie nie rozumiem, że mówienie, że »Nieważne, jak karmisz, ważne, że kochasz« albo, że to nie ma znaczenia, że tak mówiąc umniejszamy rolę cierpienia tych matek. Jak pracuję z tymi mamami, to one chciały walczyć. One chciały karmić. One w moim odczuciu, choć nie jestem psychologiem i nie wiem, czy można to tak nazywać, ale one przeżywają żalobę. Autentycznie dla mnie to jest żaloba, że im się nie udało i my zamiast im dać przeżyć tę żalobę, zamiast je wesprzeć w tej ich żalobie, to poklepiemy »A nic się nie stało, masz depresję? A co tam uśmiechnij się. Idź się przewietrzyć«. Są już duże kampanie, że w depresji tak się nie postępuje, ale w karmieniu piersią dalej wszyscy, nawet ci psychiatrzy, którzy mówią, że w depresji tak nie możesz robić, to przy karmieniu piersią, kiedy przeżywasz emocje, to mówią »Przecież nic się nie stało. Przecież dalej jesteś super mamą«. My zabieramy ludziom taką możliwość popłakania, przeżycia tego smutku. Dlaczego? Dlaczego one nie mogą tego zrobić w opinii publicznej, czemu one nie mogą się pożalić. Potem narasta w nich frustracja, narasta ich złość. Jak dużo tych rzeczy nie przepracowanych w tym pierwszym okresie co się wydarzyło, ciągnie się za tymi matkami. Przez resztę życia. Jak potem potrafią sobie wytykać palcami różne rzeczy, ale to zawsze jest o nich, a nie



o tej matce. Ta zmiana komunikacji, że to co ja mówię to co przedstawiam jest o mnie, a nie o tej mamie, do której mówię. Dla mnie powinno po prostu całkowicie zmienić się podejście do laktacji, podejście do wspierania tych mam". (P8)



Problem!

Występują trudności w przeprowadzaniu badań przesiewowych oraz postępowaniu w przypadku wyniku wskazującego na wysokie ryzyko zachorowania na depresję/wystąpienia depresji. Zdarza się niewłaściwa komunikacja personelu medycznego z pacjentką, brak empatii, negowanie emocji, bagatelizowanie problemów, sprzeciw wobec wyrażania emocji. Brak obowiązku oceny ryzyka depresji poporodowej po okresie połogu. W temacie przeprowadzania badań przesiewowych w okresie poporodowym potrzebne jest więcej danych i szkoleń dla personelu medycznego, które uściśliłyby procedurę przeprowadzania oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.

